

DE JURIDISERING VAN DE BEROEPSUITOEFENING VAN DE BELGISCHE VROEDVROUW VANAF DE 19DE EEUW: EEN SALTATOIRE EVOLUTIE

Aantal woorden: 158338

Marlies Eggermont

Studentennummer: 20026163

Promotor: Prof. dr. Georges Martyn

Doctoraat voorgelegd voor het behalen van de graad doctor in de rechten

Academiejaar: 2017 – 2018



Samenvatting

Dit proefschrift analyseert vanuit een rechtshistorische invalshoek het beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw vanaf de 19^{de} eeuw, in vergelijkend perspectief met de Nederlandse verloskundige en de Franse sage-femme. De evoluties van de bevoegdheid, de opleiding, de aansprakelijkheid en de tuchtverantwoordelijkheid van de vroedvrouw staan centraal.

De juridisering van de beroepsuitoefening van de Belgische vroedvrouw vanaf de 19^{de} eeuw was een ‘saltatoir’ proces. De term saltatoir wordt in de verloskunde vooral gebruikt bij de interpretatie van foetale monitoring en betekent een hoge variabiliteit in de foetale hartslag, dus als het ware hoge pieken en diepe dalen. Vertrekkend vanuit een monopoliepositie op de moeder-kindzorg in de Middeleeuwen, beleefde de vroedvrouw in de 17^{de} eeuw haar ‘gouden eeuw’ met een vrij geëmancipeerde positie in een maatschappij waar vooral de mannen met de scepter zwaaiden. Ook het geloof dat een goede opleiding belangrijk was, nam in die tijd aan belang toe. Met de invoering van de kaderwet van 1818 inzake de verschillende takken van de geneeskunde kelderde haar monopoliepositie ten voordele van de beter opgeleide dokters en vroedmeesters. De vroedvrouw mocht enkel nog de normale verloskunde beoefenen, bij pathologie moest ze doorverwijzen naar een dokter/vroedmeester. Anderzijds werden de bakerpraktijken verboden, wat dan weer het patiëntenaantal voor de vroedvrouwen (vooral op het platteland) deed stijgen. Onder meer de ontoereikende financiering van de vroedkundige prestaties zorgde er echter ook voor dat vroedvrouwen zich waagden aan de illegale uitvoering van abortus, met vervolging en soms veroordeling tot gevolg. Dit deed terecht hun reputatie geen eer aan.

In het begin van de 20^{ste} eeuw herwon de Belgische vroedvrouw haar plaats binnen de normale verloskunde dankzij een vernieuwd wettelijk kader en uitgebreide opleiding, maar ze stootte op een muur wat betrof de terugbetaling van haar prestaties door de ziekteverzekering. Vooral dit laatste element zorgde voor een kloof tussen de Belgische vroedvrouw en haar Nederlandse en Franse collega's, van wie de bevoegdheden en remuneratie gestaag uitbreidden. Men zou kunnen stellen dat de Belgische vroedvrouw in de 21ste eeuw aan een voorzichtige opmars bezig is, met de bevoegdheidsuitbreiding in 2006, maar gezien de uitvoeringsbesluiten uitblijven, is er in realiteit eerder sprake van een *status quo*.

De analyse van de rechtspraak inzake schadegevallen uit de 19^{de} en de eerste helft van de 20^{ste} eeuw toont aan dat de reductie van de beroepsbekwaamheid tot de normale verloskunde invloed had op de aansprakelijkheid van de vroedvrouw. Met steeds het belang van moeder en/of kind in het vizier, waagde de vroedvrouw zich soms aan de onwettige uitoefening van de geneeskunde. Door onder meer de forceps te gebruiken, een sectio uit te voeren op een overleden vrouw, het hechten van een perineumscheur en het toedienen/afleveren van geneesmiddelen overtrad ze de wettelijke grenzen van haar beroep. Enkele zaken deden ook vermoeden dat er vroedvrouwen waren die moeite hadden

om een normale situatie van een pathologische te onderscheiden en desgevallend een dokter te verwittigen.

De strafrechtelijke vervolging van de vroedvrouw door het Openbaar Ministerie als dé norm in de 19^{de} eeuw deemstert weg in de 20^{ste} eeuw. De burgerlijke vordering tot schadevergoeding wint aan belang. Uit de rechtspraakanalyse van schadegevallen vanaf de tweede helft van de 20^{ste} eeuw blijkt dat de vervolging van bakkers voor onwettige uitoefening van de verloskunde en van de vroedvrouw voor overschrijding van bevoegdheid verleden tijd is. In de 20^{ste} eeuw ligt de focus op de beoordeling van het zorgvuldigheidscriterium bij het verlenen van pre-, peri- en postnatale zorg. De medicalisering van de verloskunde, met meer pathologische bevallingen, onder meer door het stijgend gebruik van de epidurale anesthesie, doet het beroepsterrein van de vroedvrouw afnemen. Het aantal gevallen waarin de vroedvrouw autonoom handelt, is dan ook gering. Samen met de positie van de vroedvrouw in pathologische situaties (ondergeschikte van de arts) reduceert dit de kans op persoonlijke burgerlijke aansprakelijkheid van de vroedvrouw. De aanstellersaansprakelijkheid van de arts (in België) en het ziekenhuis (in Nederland en Frankrijk) zullen vermoedelijk ook in de toekomst primeren. Strafrechtelijk gezien blijft de vroedvrouw verantwoordelijk en aanspreekbaar voor haar eigen daden.

In de analyse van de gerechtelijke en tuchtrechtelijke dossiers ging de aandacht vooral uit naar het in kaart brengen van de valkuilen van aansprakelijkheid of tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid voor de vroedvrouw en haar collega-zorgverleners in de verloskundige zorg. Het zwaartepunt van de aansprakelijkheid in de verloskunde blijkt op de (mis)interpretatie van foetale monitoring te liggen, gevolgd door de miskennis van de symptomen van een uterusruptuur en een voortijdige placentaloslating. Ook het bepalen van de risico's op en het beleid bij schouderdystocie, staan soms ter discussie. Ten slotte blijkt het niet goed communiceren op interdisciplinair niveau, vaak op basis van een te summier ingevuld patiëntendossier, een voorbode te zijn voor schadegevallen. De formulering van vier theoretische actiepunten, samengevat in het acroniem Create Life, dat staat voor 'Cardiotocography' noodzaakt 'LIFElong learning', 'REcognize pathology', 'Act' en 'TEamwork' komt hieraan tegemoet.

In navolging van deze actiepunten werden, in samenspraak met het werkveld, de inzichten van de rechtspraakanalyse geïmplementeerd in gezondheidsrechtelijke aanbevelingen inzake foetale monitoring, uterusruptuur, solutio placentae, schouderdystocie en teamwork op basis van het patiëntendossier. De aanbevelingen zetten in op de preventie van schadegevallen en/of aansprakelijkheid. Daarnaast is ook een gedragscode (een soort van stappenplan) opgesteld voor zorgverleners geconfronteerd met een incident in de verloskundige zorg.

This thesis analyzes the professional profile of the Belgian midwife from the 19th century from a historical point of view and in comparison to the Dutch and the French midwife. The thesis focuses on the evolution of the legal competence in combination with the education, liability and disciplinary responsibility of the midwife.

From the 19th century, the juridification of the professional practice of the Belgian midwife was a 'saltatory' process. The term 'saltatory' is used in the interpretation of fetal monitoring and means a high variability of the fetal heart rate with short term steep rises and drops. Starting from a monopoly position in mother-child care in the Middle Ages, the midwife experienced a 'golden 17th century' with a fairly emancipated position in a male-dominated society. In addition, the belief that a good education for midwives was crucial, gained importance. However, the midwife lost her monopoly position due to the introduction of the law of 1818 on the different branches of medicine and the better educated doctors and man-midwives stepped in. On the one hand, the practice of medicine was legally protected. Midwifery practice was limited to normal obstetrics, thereby obliging midwives to refer patients to a doctor/man-midwife in case of pathology. On the other hand, the practice of unlicensed women (without any education), who assisted women giving birth, was drastically reduced, which increased the number of patients for the midwives (especially in the countryside). Nevertheless, inadequate governmental financing of midwives' performances made them look for other sources of income, such as the illegal performance of abortion. As these illegal activities sometimes resulted in prosecution and condemnation, they were harmful for midwives' reputations. Although the Belgian midwife regained her prominent position in the normal obstetrics' field in the early 20th century due to a renewed legal framework and extensive education, the remuneration of her performances by the health insurance continued to be problematic. Especially the last element caused a separation between the Belgian midwife and her Dutch and French colleagues, whose competences and remuneration expanded. One could argue that the Belgian midwife of the 21st century is advancing due to the expansion of competence in 2006, but the lack of implementing decrees supports the probability of a status quo.

The analysis of the case-law in claim litigation from the 19th century and first half of the 20th century reveals that the reduction of the professional competence to the normal obstetrics influenced the liability of the midwife. Wanting to safeguard the life of mother and/or child, the midwife often practiced medicine illegally. By using the forceps, performing a cesarean section on a deceased woman, suturing a perineum tear and administering/supplying medication, she violated the legal limits of her competences. Some cases also suggested that midwives struggled to distinguish a normal from a pathological situation, in which case they had to notify a doctor.

The prosecution of the midwife by the public prosecutor as the standard in the 19th century disappeared in the 20th century. The civil claim for compensation gained importance. The case-law analysis regarding claims from the second half of the 20th century reveals that the prosecution of unlicensed women practicing midwifery and the illegal practice of medicine by the midwife was

history. In the 20th century, the focus was on the assessment of the due diligence criteria in providing pre-, peri- and postnatal care.

The medicalization of obstetrics with more pathological births, including the increased use of epidural anesthesia, declined the professional field of the midwife. The number of cases where the midwife acted autonomously was scarce. This factor and the position of the midwife in pathological situations (subordinate of the doctor) will continue to reduce the chance of personal civil liability for the midwife in the 21st century. The supervisory liability of the doctor (in Belgium) and the hospital (in The Netherlands and France) will continue to prevail. The midwife remains responsible and accountable for her own actions under criminal law.

The analysis of the judicial and disciplinary cases focused on mapping the pitfalls of liability or disciplinary responsibility for the midwife and her fellow obstetric care providers. The majority of the cases where the midwife/obstetrician was held liable involved the (mis)-interpretation of fetal monitoring, followed by the disregard of the symptoms of a uterine rupture and a placental abruption. Also the determination of the risks and the policy of shoulder dystocia were assessed by the courts. Finally, a communication failure on interdisciplinary level, based on an incomplete patient record, can trigger claims. Four theoretical action points, summarized in the acronym 'Create Life', remediate these pitfalls: 'Cardiotocography' requires 'LIFElong learning', 'REcognize pathology', 'Act' and 'Teamwork'.

Taking these action points into account and in consultation with midwives and obstetricians, the insights of the case-law analysis were implemented in health law recommendations on fetal monitoring, shoulder dystocia, placental abruption, uterine rupture and teamwork based on the patients' record. The recommendations are aiming to prevent damage cases and/or liability. In addition, a code of conduct (a kind of roadmap) was drafted for healthcare providers faced with an incident in obstetric care.

Inhoudstafel

Samenvatting	2
Inhoudstafel	6
Inleiding	16
Probleemstelling en onderzoeksvragen	19
Methode	23
1. Data verzamelen	23
1.1. Theoretische gegevens	23
1.2. Empirische gegevens	24
2. Analyse	27
2.1. Literatuur	27
2.1. Rechtspraak 19 ^{de} en eerste helft 20 ^{ste} eeuw	28
2.2. Rechtspraak tweede helft 20 ^{ste} eeuw en begin 21 ^{ste} eeuw	28
2.3. Tuchtrechtspraak tweede helft 20 ^{ste} eeuw en begin 21 ^{ste} eeuw	29
3. Implementatie	30
3.1. Gezondheidsrechtelijke aanbevelingen	30
3.2. Gedragscode	33
Hoofdstuk I: De positie van de vroedvrouw in het hedendaagse zorgmodel	34
I.1. Het zorgmodel moeder-kind	34
I.2. De graad van medicalisering van het geboorteproces	37
Hoofdstuk II: De juridisering van de werkzaamheden van de vroedvrouw	40
II. 1. De vroedvrouw vóór de 19de eeuw	40
II.1.1. In de Oudheid en de Middeleeuwen	40
II.1.2. De positie van de vroedvrouw in de Vroegmoderne Periode	41
A. Geboorte van de gekwalificeerde vroedvrouw	41
B. De ‘gouden’ 17 ^{de} eeuw	42
C. Contrast tussen verwetenschappelijking verloskunde en gebrekkige opleiding vroedvrouw	44

II 2. Evoluties van het statuut van de vroedvrouw in de 19de eeuw	46
II.2.1. De eerste wetgeving op de geneeskunde in de revolutionaire periode	46
A. De Franse revolutie	46
B. De Noordelijke Nederlanden.....	48
II.2.2. Wetgeving op de geneeskunde in het Verenigd Koninkrijk der Nederlanden.....	48
II.2.3. Juridisering van de Belgische opleiding tot vroedvrouw na de kaderwet.....	50
A. De Belgische wet op het hoger onderwijs.....	50
B. Invloed medicalisering	51
II.2.4. Eeuw van de gemiste kansen.....	53
II 3. De herwaardering van de Belgische vroedvrouw in de 20 ^{ste} eeuw	55
II.3.1. Opleiding.....	55
II.3.2. Professionele bevoegdheid.....	56
A. Nieuw wettelijk kader	56
B. De vroedvrouw in nauwe schoentjes.....	58
C. Herwaardering in zicht	62
C.1. Financiële herwaardering door komst van nomenclatuur	62
C.2. Bevoegdheidsuitbreiding.....	63
II 4. De Belgische vroedvrouw in de 21 ^{ste} eeuw: update grenzen bevoegdheid.....	67
II. 4.1. Autonomie versus ondergeschiktheid	67
II. 4.2. Bevoegdheidsuitbreiding.....	68
A. Toediening medicatie via epidurale katheter	68
B. Voorschrijven van medicatie.....	70
C. Bekkenbodemreëductie	73
D. Echografie uitvoeren	73
II. 4.3. Duidelijke afbakening met de verpleegkundige.....	75
II. 4.4. Opleidingsduur	75
Besluit	77
II 5. De Nederlandse vroedvrouw na 1830	79
II.5.1. Juridisering in de 19 ^{de} eeuw	79
A. Een wettelijk geregelde opleiding.....	79
B. Invloed medicalisering	80

II.5.2. Juridisering in de 20 ^{ste} eeuw.....	82
A. Opleiding.....	82
B. Professionele bevoegdheid.....	83
II.5.3. Vandaag (en morgen).....	86
A. Opleiding.....	86
B. Professionele bevoegdheid.....	88
II 6. De Franse vroedvrouw na 1815	90
II.6.1. Juridisering in de 19 ^{de} eeuw	90
A. Een wettelijk geregelde opleiding.....	90
B. Invloed medicalisering	90
II.6.2. Juridisering 20 ^{ste} eeuw.....	92
A. Opleiding.....	92
B. Professionele bevoegdheid.....	92
II.6.3. Vandaag (en morgen).....	95
Besluit	98
Hoofdstuk III: De vroedvrouw voor de rechter	104
III 1. De vroedvrouw voor de (straf) rechter in de 19 ^{de} en eerste helft van de 20 ^{ste} eeuw.....	104
III.1.1. Beteugeling van onwettige uitoefening van de verloskunde door niet-gediplomeerden	105
A. Onwettige uitoefening door gebrek aan opleiding/diploma.....	106
A.1. Het Belgische vervolgingsbeleid	106
A.2. Het Nederlandse vervolgingsbeleid	109
A.3. Het Franse vervolgingsbeleid	109
B. Onwettige uitoefening gedurende de opleiding	111
III.1.2. Beteugeling van onwettige uitoefening van de geneeskunde door de vroedvrouw... ..	112
A. Instructies in België: <i>de facto</i> waardeloos?.....	112
B. Instructies in Nederland: <i>de facto</i> toepasselijk vanaf 1839?	114
B.1. Vervolging op basis van de kaderwet van 1818.....	114
B.2. Vervolging op basis van de wet van 1865	116
C. Vervolging op basis van de <i>Loi du 19 ventôse an XI</i>	117

III.1.3. Beteugeling van onwettige uitoefening van abortus door de vroedvrouw	120
A. Belgische situatie	120
B. Een liberaal beleid in Nederland	122
C. De Franse vervolging van abortus.....	124
III.1.4. Vervolging wegens onopzettelijke slagen/verwondingen en doding door de vroedvrouw	125
III.1.5. Vervolging wegens niet vervullen van administratieve verplichtingen door de vroedvrouw	126
Besluit	128
III 2. De vroedvrouw voor de rechter vanaf de tweede helft 20 ^{ste} eeuw.....	129
III.2.1. Vorderingmogelijkheden bij de afhandeling van medische incidenten	130
A. Het klachtrecht van de patiënte	130
A.1. In België.....	130
A.2. In Nederland.....	132
A.3. In Frankrijk	137
B. Burgerlijke procedure.....	139
B.1. Voorwaarden voor burgerlijke aansprakelijkheid in België	139
B.2. Voorwaarden voor burgerlijke aansprakelijkheid in Nederland	149
B.3. Voorwaarden voor burgerlijke aansprakelijkheid in Frankrijk.....	157
B.4. Besluit	163
C. Strafrechtelijke procedure	164
C.1. Voorwaarden voor strafrechtelijke aansprakelijkheid in België	164
C.2. Voorwaarden voor strafrechtelijke aansprakelijkheid in Nederland.....	171
C.3. Voorwaarden voor strafrechtelijke aansprakelijkheid in Frankrijk.....	174
C.4. Besluit	176
D. No-fault vergoedingssysteem.....	178
D.1. Het Belgische Fonds voor de Medische Ongevallen	178
D.2. Geen Nederlands <i>no-fault</i> systeem	184
D.3. Het Franse ONIAM.....	185

E. De verzekeraarbaarheid van de prestaties van de vroedvrouw	188
E.1. Wettelijke verplichting of aanbeveling	188
E.2. Waarborg en uitsluiting	191
E.3. Omvang van de premie.....	195
E.4. Dekking in tijd en ruimte.....	196
III.2.2. Statistische analyse van verloskundige incidenten in België, Nederland en Frankrijk	199
A. Algemeen	199
B. Verhouding aansprakelijkheid van de betrokken zorgverleners	202
III.2.3. Prenatale zorg	206
A. Empirie.....	206
B. Juridische basis.....	206
C. Risicoscreening tijdens de zwangerschap	208
D. De rol van de vroedvrouw in het geven van gezondheidsvoorlichting.....	210
E. De uitvoering van een abortus.....	212
III.2.4. Perinatale zorg	213
A. Empirie.....	213
B. Herkennen van pathologie: risicodetectie	215
B.1. Empirie	215
B.2. Juridische basis.....	216
B.3. Teken van een uterusruptuur	217
B.4. Teken van een <i>solutio placentae</i>	220
B.5. Meconiaal vruchtwater.....	221
B.6. Navelstrengprolaps.....	223
B.7. Reacties op infuus	223
B.8. Maternale koorts.....	223
B.9. Pathologische uitdrijvingsfase	224
B.10. Diverse pathologieën.....	224
C. Interventie bij pathologie	227
C.1. Empirie.....	227
C.2. Juridische basis.....	227

C.3. Schouderdystocie	229
C.4. Keuze instrumentale bevalling boven sectio	233
C.5. Foutief gebruik van ventouse/forceps	234
C.6. Uitoefenen van fundusdruk	234
D. Interpretatie foetale monitoring	236
D.1. Empirie.....	236
D.2. Juridische basis	237
D.3. Foetale stress herkend of miskend?	238
E. Het belang van samenwerking/overleg op basis van het patiëntendossier.....	242
E.1. Empirie	242
E.2. Juridische basis.....	242
E.3. Tijdig doorverwijzen	246
E.4. Frequentie overlegmomenten	249
E.5. Belang van overleg op basis van het patiëntendossier	251
E.6. Mede oorzaak aansprakelijkheid: te weinig instructies van gynaecoloog	252
III.2.5. Postnatale zorg	253
A. Empirie.....	253
B. Juridische basis.....	253
C. Operatieve zorg sectio.....	254
C.1. Pre-operatief	254
C.2. De uitvoering van de sectio zelf.....	255
C.3. De postoperatieve zorg.....	255
D. Opvolging <i>haemorrhagia postpartum</i> (HPP)	257
E. Overige maternale pathologieën.....	258
F. Neonatale zorgen	259
F.1. Plaatsen van tube/katheter	259
F.2. Bacterie	259
F.3. Brandwonden.....	260
F.4. Glycemie.....	261
F.5. Overige neonatale pathologieën	261

III.2.6. Tendens in de 21 ^{ste} eeuw: blijft de vroedvrouw buiten schot?	263
Besluit	264
Hoofdstuk IV: De deontologie van de vroedvrouw	268
IV.1. Deontologische regels.....	268
IV.1.1. De Belgische situatie	268
IV.1.2. De Nederlandse gedragscode van de KNOV.....	271
IV.1.3. De <i>Code de déontologie des sages-femmes</i>	272
IV.2. Functie/werking van een Orde van vroedvrouwen.....	274
IV.2.1. De Belgische situatie	274
A. Wetgevende initiatieven tot oprichting van een tuchtorgaan.....	274
A.1. Voorontwerp van 1971	274
A.2. Voorstel(len) tot oprichting van een Hoge Raad voor gezondheidsethiek en deontologie.....	276
A.3. Voorstel(len) tot oprichting van een Hoge Raad en Orden van de gezondheidszorgberoepen.....	277
A.4. Recentste voorstel van Hoge Raad voor Beroepsethiek en Ordes van gezondheidszorgberoepen.....	279
A.5. Standpunt Federale Raad voor de Vroedvrouwen	280
B. De Provinciale geneeskundige commissies	281
C. De Federale Raad voor de Vroedvrouwen	283
D. De Erkenningcommissie.....	283
IV.2.2. De Nederlandse verloskundige voor de tuchtrechter.....	284
A. Procedure bij de tuchtcolleges	284
B. Analyse van de tuchtrechtspraak.....	285
B.1. Statistisch	285
B.2. Prenatale zorg	288
B.3. Perinatale zorg.....	288
B.4. Postnatale zorg	294
C. Medisch toezicht	295

IV.2.3. De Franse vroedvrouw voor de tuchtrechter	297
A. Procedure bij de <i>Ordre Nationale des sages-femmes</i>	297
B. Analyse van de tuchtrechtspraak.....	299
C. De <i>Commission Médicale d'Établissement</i>	301
Besluit	302
1. Algemeen	302
2. De <i>contra's</i> van een Belgisch tuchtorgaan van vroedvrouwen	303
3. De <i>pro's</i> van een Belgisch tuchtorgaan van vroedvrouwen	305
Hoofdstuk V: Conclusies van de rechtspraakanalyse en hun implementatie	309
V.1. Conclusies van de rechtspraakanalyse	309
V.2. Gezondheidsrechtelijke aanbevelingen.....	310
V.2.1. Algemene situering in de context van patiëntveiligheid.....	310
V.2.2. Specifieke situering in de context van veilige verloskundige zorg.....	315
V.2.3. Interpretatie van foetale monitoring.....	316
A. Probleemstelling	316
B. Juridische basis.....	319
§ 1. Bevoegdheid	319
§ 2. Informed Consent	319
C. Foetale stress herkend of miskend: een rechtspraakoverzicht	324
D. Gezondheidsrechtelijke aanbeveling inzake foetale monitoring	325
V.2.4. Beleid bij uterusruptuur	328
A. Probleemstelling	328
B. Juridische basis.....	328
§ 1. Bevoegdheid	328
§ 2. Informed consent	329
C. Rechtspraakoverzicht inzake herkennen symptomen uterusruptuur.....	329
D. Gezondheidsrechtelijke aanbeveling inzake uterusruptuur.....	330
V.2.5. Beleid bij <i>solutio placentae</i>	332
A. Probleemstelling	332
B. Juridische basis.....	332
§ 1. Bevoegdheid	332

§ 2. Informed consent	333
C. Rechtspraakoverzicht inzake herkennen symptomen <i>solutio placentae</i>	333
D. Gezondheidsrechtelijke aanbeveling inzake <i>solutio placentae</i>	333
V.2.6. Beleid bij schouderdystocie	335
A. Probleemstelling	335
B. Juridische basis	335
§ 1. Bevoegdheid	335
§ 2. Informed consent	336
C. Rechtspraakoverzicht inzake het beleid bij schouderdystocie	337
D. Gezondheidsrechtelijke aanbeveling inzake schouderdystocie	337
V.2.7. Teamwork vanuit een gedeeld mentaal model met als basis het patiëntendossier	339
A. Probleemstelling	339
B. Juridische basis	342
C. Rechtspraakoverzicht	342
D. Gezondheidsrechtelijke aanbeveling inzake teamwork vanuit een gedeeld mentaal model met als basis het patiëntendossier	342
Besluit	345
V.3. Gedragscode omgaan met incidenten in de verloskunde (GOMIV)	346
V.3.1. Doel	346
V.3.2. Te ondernemen stappen na een incident, zonder een klacht	347
V.3.3. Te ondernemen stappen na een (officiële) klacht	348
§1. Nog geen juridische procedure (dus gevallen A, B en C)	349
§2. Procedure bij het FMO (zie GEDRAGSREGEL III)	349
§3. Burgerlijke of strafrechtelijke procedure (zie GEDRAGSREGEL III)	350
V.3.4. GEDRAGSREGEL I inzake het overleg met de schadelijder(s): open communicatie	351
A. De rechten van de patiënt	351
B. De plichten en rechten van de zorgverlener	352
C. Wijze van communiceren	354
V.3.5. GEDRAGSREGEL II inzake het overleg met de BA-verzekeraar: relevante informatie verstrekken	355

V.3.6. GEDRAGSREGEL III inzake de rechten van verdediging van de betrokken zorgverlener	358
A. Procedure bij het FMO.....	358
B. Burgerlijke procedure.....	359
C. Strafrechtelijke procedure	360
Besluit	362
Besluit met toekomstperspectieven: <i>de lege ferenda</i>	363
1. Tendensen in de bevoegdheid.....	363
2. Tendensen in de opleiding	364
3. Tendensen in de aansprakelijkheid	366
4. Tendensen in de tuchtverantwoordelijkheid van de vroedvrouw	367
Bibliografie	369
1. Wetgeving	369
1.1. Europese regelgeving.....	369
1.2. Belgische wetgeving	369
1.3. Nederlandse wetgeving	373
1.4. Franse wetgeving	375
2. Rechtspraak.....	379
2.1. Belgische rechtspraak (2 ^{de} helft 20 ^{ste} eeuw-1 ^{ste} helft 21 ^{ste} eeuw): 70 dossiers + 1 recent dossier na het afsluiten van de rechtspraakanalyse.....	379
2.2. Belgische rechtspraak (19 ^{de} eeuw-1 ^{ste} helft 20 ^{ste} eeuw).....	384
2.3. Nederlandse rechtspraak (2 ^{de} helft 20 ^{ste} eeuw-1 ^{ste} helft 21 ^{ste} eeuw): 35 dossiers	386
2.4. Nederlandse rechtspraak (19 ^{de} eeuw-1 ^{ste} helft 20 ^{ste} eeuw)	389
2.5. Nederlandse tuchtrechtspraak (1 ^{ste} helft 21 ^{ste} eeuw): 65 dossiers.....	392
2.6. Franse rechtspraak (2 ^{de} helft 20 ^{ste} eeuw-1 ^{ste} helft 21 ^{ste} eeuw): 111 dossiers	397
2.7. Franse rechtspraak (19 ^{de} eeuw-1 ^{ste} helft 20 ^{ste} eeuw).....	407
2.2. Franse tuchtrechtspraak (1 ^{ste} helft 21 ^{ste} eeuw): 14 dossiers	409
3. Rechtsleer.....	411
3.1. Wetenschappelijke literatuur	411
3.2. Rapporten en andere	437
Lijst met afkortingen.....	440

Inleiding

1. De vroedvrouw oefent één van de oudste beroepen ter wereld uit. Het assisteren van vrouwen tijdens het geboorteproces (pre-, peri- en postnataal) is nog steeds de *core business* van de hedendaagse vroedvrouw. Het beroep muteerde doorheen de eeuwen heen. Van een vooral praktisch gevormde vrouw evalueerde de vroedvrouw naar een volwaardig opgeleide zorgverlener (m/v).
2. De term 'vroedvrouw' is net zoals de term 'geneesheer' niet genderneutraal. Begin 2015 lanceerde de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Maggie De Block dan ook de idee om de naam van de 'Orde der Geneesheren' te wijzigen in de 'Orde van Artsen'.¹ Vervolgens wijzigde in de zomer van 2015 het opschrift van het koninklijk besluit nr. 79 in het 'koninklijk besluit nr. 79 betreffende de Orde der Artsen'.²
3. De genderproblematiek is ook in de Federale Raad voor de Vroedvrouwen (FRVV), het adviesorgaan van de minister van Volksgezondheid betreffende het beroep van vroedvrouw, ter sprake gekomen. De FRVV besloot in zijn advies van maart 2016 inzake het nieuwe beroeps- en competentieprofiel de term 'vroedvrouw' te behouden en niet te wijzigen in de genderneutrale term van 'verloskundige'. De term 'vrouw' in het woord vroedvrouw verwijst immers naar het geslacht van de beoogde doelgroep, niet naar het geslacht van de beroepsbeoefenaar, aldus de FRVV.³ De Belgische wetgeving anno 2017 inzake de beroepsuitoefening gebruikt nog steeds de term vroedvrouw. In dit proefschrift zal dan ook de term vroedvrouw worden gebruikt voor de verwijzing naar zowel de mannelijke als de vrouwelijke zorgverlener, werkzaam in de vroedkunde. *De facto* zijn de meeste vroedvrouwen nog steeds vrouwen.
4. Dit doctoraat zoemt in op de belangrijkste mijlpalen van de juridisering van het beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw vanaf de 19^{de} eeuw in vergelijkend perspectief met de Nederlandse verloskundige en de Franse *sage-femme*. De keuze voor deze drie landen is driedelig. Vooreerst zijn de landen vergelijkbaar, omdat de zorgmodellen van de drie landen gelijkaardig zijn: vrije keuze van zorgverlener en niveau van zorg (eerste- of tweedelijnsgezondheidszorg), open toegang tot de verloskundige zorg en dekking van de sociale zekerheid van de meeste verloskundige prestaties. Het tweede aspect is methodologisch van aard en wordt bepaald door de toegang tot rechtspraak via beschikbare juridische en medische databanken. Ten slotte is er ook het grensoverschrijdend karakter van de verloskundige zorg. Enerzijds emigreren Belgische vroedvrouwen vooral naar Nederland en Frankrijk om er te werken en studenten uit deze landen komen in België de opleiding volgen, wegens een *numerus clausus* in hun land. Belgische zwangere

¹ "Orde van Geneesheren" wordt "Orde van Artsen", *De Redactie* 19 januari 2015, <http://deredactie.be/cm/vrtnieuws/politiek/1.2213406>.

² Art. 80 Wet 17 juli 2015 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid, *BS* 17 augustus 2015.

³ Federale Raad voor de Vroedvrouwen (FRVV), FRVV/2016/ADVIES-1, *Het beroeps- en competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw* (bijlage bij het Advies van de FRVV met betrekking tot de hervorming van de Wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen), maart 2016, 3.

vrouwen bevallen anoniem in Frankrijk, omdat de Belgische akte van geboorte de naam van de moeder moet bevatten.⁴ Franse en Nederlandse patiënten starten een proces van medisch begeleide voortplanting in België, omdat respectievelijk deze mogelijkheid ook beschikbaar is voor homoseksuele koppels en de anonimiteit van de donor er wettelijk verplicht is.⁵

5. De term juridisering betekent in dit onderzoek de toename aan regulering en de voortschrijdende specialisatie van de bevoegdheden, de opleiding en de aansprakelijkheid van de vroedvrouw. Vooral de wettelijke en de gerechtelijke juridisering worden toegelicht.⁶ Het juridisch beroepsprofiel wordt aan de hand van de bestaande literatuur en rechtspraak geanalyseerd, met aandacht voor maatschappelijke tendensen.

6. Na een inleidend hoofdstuk over de positie van de vroedvrouw in het hedendaagse zorgmodel van de verloskunde, biedt hoofdstuk II een rechtshistorisch overzicht van de belangrijkste pijlers in de juridisering van de bevoegdheden en opleiding van de vroedvrouw. De respons van de vroedvrouwen, de collega-zorgverleners en/of rechtsgeleerden op de verschillende wettelijke initiatieven wordt in kaart gebracht. Hoofdstuk III zet de evolutie van de aansprakelijkheid van de vroedvrouw uiteen, vanaf de 19^{de} eeuw tot het begin van de 21^{ste} eeuw, het *corpus* van dit onderzoek. In het eerste deel ligt de focus op de strafrechtelijke aansprakelijkheid van de vroedvrouw, bijvoorbeeld wegens de onwettige uitoefening van de geneeskunde. Het tweede deel zet de resultaten uiteen van een rechtspraakanalyse van een tweehonderdtal gerechtelijke dossiers. De inleiding biedt een overzicht van de (juridische) mogelijkheden die een schadelijder heeft in België, Nederland en Frankrijk om een klacht te uiten en/of desgevallend een schadevergoeding te vorderen. Na een statistisch luik gaat de aandacht naar het in kaart brengen van de valkuilen van aansprakelijkheid voor de vroedvrouw en haar collega-zorgverleners in de verloskundige zorg.

7. Franse en Nederlandse vroedvrouwen onderschrijven een eigen deontologische code en kunnen bijgevolg tuchtrechtelijke sancties oplopen. Naast een analyse van tuchtuitspraken over de Nederlandse verloskundige behandelt hoofdstuk IV de *pro's* en de *contra's* van een Belgische orde van vroedvrouwen.

⁴ Art. 52, 2° BW.

⁵ S. TACK, “Juridische knelpunten bij grensoverschrijdende fertiliteitszorg in Europa” in S. TACK en G. VERSCHULDEN (eds.), *Medisch begeleide voortplanting in juridisch en ethisch perspectief*, Antwerpen, Intersentia, 2014, 73.

⁶ B. DEBAENST, *Een proces van bloed, zweet en tranen! Juridisering van arbeidsongevallen in de negentiende eeuw in België*, onuitg. doctoraatsthesis Rechten Universiteit Gent, 2010, 7-16; M.E. STORME, “Juridisering van sociale verhoudingen van de negentiende eeuw tot vandaag” in D. HEIRBAUT, G. MARTYN en R. OPSOMMER (eds.), *De geschiedenis van het recht in de twintigste eeuw*, Brussel, Koninklijke Academie voor Wetenschappen, Letteren en Schone Kunsten, 2005, 60-68.

8. De belangrijkste inzichten van de rechtspraakanalyse worden in hoofdstuk V geïmplementeerd in gezondheidsrechtelijke aanbevelingen gericht op het vermijden van schadegevallen en/of aansprakelijkheid en een gedragscode voor zorgverleners geconfronteerd met een incident.

9. Voorstellen *de lege ferenda* betreffende de bevoegdheden, de opleiding, de aansprakelijkheid en de tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid van de vroedvrouw sluiten dit doctoraat af.

Probleemstelling en onderzoeksvragen

10. Een vroedvrouw is een persoon die enerzijds geslaagd is voor een opleidingsprogramma tot vroedvrouw dat erkend is in het land waar de opleiding georganiseerd wordt en gebaseerd is op de ‘*Essential Competencies for Basic Midwifery Practice and the Framework of the Global Standards for Midwifery Education*’ van de *International Confederation of Midwives* (ICM), die op internationaal vlak de professionele beroepsorganisaties van vroedvrouwen ondersteunt en vertegenwoordigt.⁷ Anderzijds bezit die persoon de nodige kwalificaties om erkend en/of wettelijk bevoegd te zijn om het beroep van vroedvrouw uit te oefenen en de titel van vroedvrouw te gebruiken. Tevens dient die persoon de bekwaamheid in de uitoefening van het beroep van vroedvrouw aan te tonen.⁸

11. Bevallen is een universeel gegeven, maar de plaats, de tijd, de materiële omstandigheden, de cultuur en de toegang tot – al dan niet professionele – hulpverlening zorgen voor een diversiteit van de omkadering wereldwijd. De ICM streeft naar een wereld waar elke barende vrouw de mogelijkheid heeft om een beroep te doen op de expertise van een vroedvrouw.⁹

12. De Belgische, Nederlandse en Franse vrouwen hebben vandaag de mogelijkheid om een beroep te doen op een vroedvrouw, actief binnen een goed omkaderde gezondheidszorg. De rol van de vroedvrouw bij de begeleiding van zwangerschap/bevalling/postpartum is echter onderhevig aan evoluties. Verschillende juridische, maatschappelijke en medische aspecten staan in het begin van de 21^{ste} eeuw (opnieuw) ter discussie, zoals de plaats van bevallen (thuis, in een algemeen ziekenhuis of een gespecialiseerd geboortehuis),¹⁰ de manier van bevallen (sectio of vaginaal; met

⁷ Zie uitgebreid www.internationalmidwives.org; België (Belgian Midwives Association), Nederland (KNOV) en Frankrijk (Société Française de Maïeutique) zijn lid van de ICM.

⁸ FRVV/2016/ADVIES-1, *Het beroeps- en competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw* (bijlage bij het Advies van de FRVV met betrekking tot de hervorming van de Wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, maart 2016, 11; FRVV/2015/ADVIES-04, *Het beroeps- en competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw*, mei 2015, 12.

⁹ ICM, *Triennial report 2011-2014*, Den Haag, 2014, 6.

¹⁰ J. VAN WIEMEERSCH voor de Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (VVOG), “Niet terug naar de stal van Bethlehem. Pleidooi voor de enige goede geboorteplek”, Nieuwsbericht juli 2012, www.vvog.be; M. DAMGÉ, “Des sages-femmes et des parents jugent l'accouchement à domicile menace”, *Le Monde* 29 oktober 2013, http://www.lemonde.fr/economie/article/2013/10/29/1-accouchement-a-domicile-proche-du-trepas_3498228_3234.html#OhvJ8PrPQ2gAHYkL.99; J. BRONSEMA, “Wat bevat het best? Thuis of in het ziekenhuis?”, *Scientias* mei 2015, <http://www.scientias.nl/thuisbevalling-of-ziekenhuisbevalling/>; Zwangere vrouwen in Nederland staan voor een lastige keuze: willen ze thuis bevallen? Of toch liever in het ziekenhuis? Zowel het één als het ander heeft voor- en nadelen. Maar wat is nu de beste keuze?; Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), “Thuis bevallen met verloskundige net zo veilig als in ziekenhuis”, Nieuwsbericht augustus 2015, www.knov.nl; Bevallen bij de verloskundige is even veilig als een bevalling in het ziekenhuis onder begeleiding van een gynaecoloog. Dat concluderen gynaecologen en verloskundigen van het AMC en het VUmc in Amsterdam naar aanleiding van onderzoek onder 80.000 zwangeren.

epidurale verdoving of natuurlijk),¹¹ het statuut (autonoom of ondergeschikte van de arts)¹², de bevoegdheden,¹³ de opleiding,¹⁴ de (meer)waarde van de vroedvrouw in het geboorteproces¹⁵ en de verzekeraarbaarheid van de activiteit van de zelfstandige vroedvrouwen¹⁶.

13. Dit proefschrift analyseert, vanuit rechtshistorisch en vergelijkend perspectief, het beroepsprofiel van de Belgische, Nederlandse en Franse vroedvrouw vanaf de 19^{de} eeuw. Hierbij staan drie onderzoeksthema's centraal: bevoegdheid, aansprakelijkheid en tuchtverantwoordelijkheid. Literatuur en wetgeving illustreren vooreerst de belangrijkste mijlpalen in de juridisering van de beroepsbekwaamheid en opleiding. Ten tweede gaat de nodige aandacht naar de impact van de wijzigingen in de bevoegdheden op de (zowel straf- als burgerrechtelijke) aansprakelijkheid van de vroedvrouw. Welke strafrechtelijke inbreuken leidden tot een vervolging van de vroedvrouw? Welke onzorgvuldigheden werden de vroedvrouw ten laste gelegd? Ten slotte komt de werking en de (meer)waarde van een orde van vroedvrouwen aan bod.

¹¹ World Health Organisation (WHO), Report WHO/RHR/15.02, *WHO Statement on Caesarean Section Rates*, Genève, april 2015, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/; Every effort should be made to provide caesarean sections to women in need, rather than striving to achieve a specific rate; J.PASCUAL, "La péridurale, une pratique trop systématique?", *Le Monde* 2 september 2015,

http://www.lemonde.fr/sante/article/2015/09/02/la-peridurale-une-pratique-un-peu-trop-systematique_4743037_1651302.html#FaCGmitBmt0f8E1m.99; H. POMMIER, "Trop de naissances par césarienne en Limousin?", *Le Populaire* 29 september 2015, http://www.lepopulaire.fr/limousin/actualite/2015/09/29/trop-de-naissances-par-cesarienne-en-limousin_11602479.html.

¹² C. BORDENET, "Les sages-femmes obtiennent un statut médical à l'hôpital", *Le Monde* 4 maart 2014, http://www.lemonde.fr/societe/article/2014/03/04/les-sages-femmes-obtiennent-un-statut-medical-a-l-hopital_4377080_3224.html.

¹³ FRVV, FRVV/2015/ADVIES-1, *Advies van de Federale Raad voor de Vroedvrouwen betreffende het uitvoeren van bekkenbodembreëducatie*, maart 2015 en FRVV/2012/ADVIES-2, *Advies van de Federale Raad voor de Vroedvrouwen m.b.t. het uitvoeren van echografische onderzoeken*, september 2012; M. LAMOUREUX, "Faut-il autoriser les sages-femmes à pratiquer des IVG médicamenteuses?", *La Croix* 10 april 2015, <http://www.la-croix.com/Actualite/France/Faut-il-autoriser-les-sages-femmes-a-pratiquer-des-IVG-medicamenteuses-2015-04-10-1301049>.

¹⁴ Vlaamse Organisatie van Vroedvrouwen (VLOV), "Onze eis naar een 4-jarige opleiding is actueler dan ooit", Nieuwsbrief 22/2014, www.vlov.be.

¹⁵ KNOV, "Verloskundigenorganisaties werken samen aan 'Midwifery led care'-model", Nieuwsbericht maart 2014; M. CLEMENT en L. RCHAIDIA, "Midwife led care in Vlaanderen: een implementatieonderzoek. Is implementatie van MLC in Vlaanderen haalbaar?", Derde Vlaamse onderzoeksdag van de bacheloropleidingen Verpleegkunde en Vroedkunde, maart 2013, <http://nvkvv.be/file?file=557697>; Bij dit soort van zorgmodel is de vroedvrouw de eerste verantwoordelijke in het zorgproces en wordt vooral de continuïteit van zorg door de vroedvrouw beoogd, van het begin van de zwangerschap tot en met het postpartum.

¹⁶ Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL), "Les sages-femmes estent en justice pour dénoncer le coût de leurs assurances", Nieuwsbericht augustus 2014, <http://www.ansfl.org>.

14. De analyse van de problematiek leent zich tot een opsplitsing in drie onderzoeksvragen:

De eerste vraag is rechtshistorisch en peilt naar de evolutie van het beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw. Hoe is het wettelijk kader van de beroepsuitoefening en de opleiding van de vroedvrouw tot stand gekomen? Welke waren de beweegredenen van de wetgever om bij het begin van de 19de eeuw het beroepsterrein van de vroedvrouw te bepalen? De vraag rijst of er sprake was van concurrentie met andere zorgverleners, die ook de verloskunde beoefenden.

Een tweede vraag is of de aflijning van de beroepsbekwaamheid van de vroedvrouw enige invloed had op de aansprakelijkheid van de vroedvrouw. Welke handelingen doorstonden de rechterlijke beoordeling niet? Oefende de vroedvrouw haar beroep uit binnen het wettelijk kader of maakte ze zich schuldig aan onwettige uitoefening van de geneeskunde? Stelde de rechtbank de vroedvrouw persoonlijk aansprakelijk of ontsprong ze de dans (ten nadele van de arts)?

De (meer) waarde van een plichtenleer is het onderwerp van de derde onderzoeksvraag. Geniet de oprichting van een Orde voor vroedvrouwen de aanbeveling? Zou dit de zorgvuldigheid van de professionele vroedvrouw ten bate kunnen zijn? Welke deontologische plichten heeft de hedendaagse vroedvrouw? Tot welke sanctie kan een schending van deze plichten leiden?

15. Het is nuttig om over de grenzen heen te kijken. Deze drie onderzoeksvragen integreren steeds een rechtsvergelijkend luik. Welke determinanten bepaalden het beroepsterrein van de Nederlandse verloskundige en de Franse vroedvrouw? Was er sprake van gelijkaardige evoluties qua bevoegdheden, opleiding en positie binnen het zorgmodel van de verloskunde? Wordt de vroedvrouw in onze buurlanden gelijkaardig beoordeeld door het gerechtelijk apparaat of tuchtcollege?

16. Op het eerste gezicht lijken dit drie afzonderlijke onderzoeksthema's te zijn, maar eigenlijk vloeien ze in elkaar over. Vooreerst bepaalt de wettelijke bevoegdheid de toegelaten handelingen van de vroedvrouw. Stelt ze verboden handelingen, dan komt haar aansprakelijkheid in het vizier. Ten tweede is een goede opleiding van de vroedvrouw cruciaal voor het verstrekken van kwalitatieve zorg. Blijft de vroedvrouw binnen haar beroepsterrein, maar haalt ze de zorgvuldigheidsnorm niet (doordat ze een competentie niet goed heeft behaald, bijvoorbeeld de interpretatie van foetale monitoring) en berokkent ze hierdoor schade aan een patiënte, dan loopt ze opnieuw het risico op een medische aansprakelijkheidsprocedure. Naast haar wettelijke bevoegdheid en het zorgvuldigheidsprincipe is de vroedvrouw ten slotte ook verplicht correct deontologisch te handelen, zowel naar de patiënten toe als naar de collega-zorgverleners toe. Het

ongenoegen van een patiënte in verband met het gevoerde beleid bijvoorbeeld (zonder dat de patiënte enige schade heeft geleden), kan dan aanleiding geven tot een tuchtrechtelijke klacht.

Methode

17. Dit proefschrift bevat de resultaten van een juridisch en sociaalwetenschappelijk onderzoek van de beroepsbekwaamheid en aansprakelijkheid van de Belgische, Nederlandse en Franse vroedvrouw vanaf de 19^{de} eeuw. Dit onderzoek combineert theorie en empirie.¹⁷

1. DATA VERZAMELEN

1.1. Theoretische gegevens

18. Het doel van de eerste twee hoofdstukken van dit proefschrift is wetenschappelijke theorievorming en kennisproductie. Een rechtshistorisch-comparatief onderzoek analyseert de evolutie van de beroepsbekwaamheid van de Belgische, Nederlandse en Franse vroedvrouw vanaf de 19^{de} eeuw. De verzameling van kwalitatieve data gebeurde via verschillende bronnen.

19. De Belgische wetgeving is te raadplegen in de Pasinomie, het Belgisch Staatsblad en de databank van de overheid 'ejustice.just.fgov'. Veel wetgevingsinformatie was ook te consulteren in *Pandectes Belges*. Na toelating van het NVKVV werden via KADOC (informatiecentrum KU Leuven) documenten ingekeken betreffende de aanloop naar wetgeving over het beroepsprofiel en een orde van vroedvrouwen.¹⁸ Het Nederlands Staatsblad, 'statengeneraaldigitaal.nl' en 'wetten.overheid.nl' zijn de bronnen voor de Nederlandse wetteksten. Mevrouw Renske Leijten, SP-Tweede Kamerlid (met bijzondere interesse voor de bevoegdheden Volksgezondheid, Welzijn en Sport) werd gecontacteerd voor een stand van zaken wat betreft het wetsvoorstel voor een compensatiefonds voor slachtoffers van een medisch ongeval.¹⁹ De Franse wetgeving is consulteerbaar via het *Journal Officiel* en *Legifrance*.

20. De bronnen voor het literatuuronderzoek waren de elektronische databanken zoals *WorldCat*, *PubMed*, *Google Scholar*, *Gallica* en specifieke tijdschriften zoals *Gazette médicale belge* en het (Vlaams) Tijdschrift voor gezondheidsrecht. De zoektermen waren vroedvrouw, verloskundige, verloskunde en bevalling (zowel in het Nederlands, in het Frans als in het Engels).

¹⁷ H. ROOSE en B. MEULEMAN, *Methodologie van de sociale wetenschappen: een inleiding*, Gent, Academia Press, 2014, 392 p; B. MEULEMAN, *Methoden en technieken van het sociaal-wetenschappelijk onderzoek*, Samenvatting cursus KUL, 2015, 30 p.

¹⁸ Het NVKVV (Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen) is de beroepsvereniging voor verpleegkundigen en vroedvrouwen in Vlaanderen, www.nvkvv.be. De Unie voor Vlaamse Vroedvrouwen (UVV) was een afsplitsing binnen het NVKVV, maar fuseerde op 1 januari 2016 met de Vlaamse Organisatie voor Vroedvrouwe (VLOV) tot de Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen (VBOV), www.vroedvrouwen.be.

¹⁹ Mail dd. 18 januari 2016: "Helaas zijn wij nog niet zo gevorderd met het wetsvoorstel dat het al is ingediend. Daardoor is het nog niet openbaar terug te vinden. Wij hebben wel geprobeerd om een zelfde werking in de wet klachten en geschillen in de gezondheidszorg (wkggz) te krijgen, maar dat is door een meerderheid niet aanvaard".

1.2. Empirische gegevens

21. De hoofdstukken III en IV zijn een praktijkgericht onderzoek met de focus op het analyseren van de valkuilen inzake aansprakelijkheid binnen de verloskunde, zowel gerechtelijk als tuchtrechtelijk. Het verzamelen van de rechtspraak verliep per land volgens verschillende kanalen.²⁰
22. De *Pandectes Belges*, *Pasicrisie*, *La Belgique judiciaire*, *Recueil annuel de jurisprudence Belge*, de tijdschriften *Gazette médicale belge*, (Vlaams) Tijdschrift voor gezondheidsrecht en de juridische databanken leverden de **Belgische gepubliceerde rechtspraak** aan.
23. Vijf verschillende instanties werden gecontacteerd voor het verkrijgen van de niet-gepubliceerde rechtspraak:
- De Rijksarchieven van Gent, Beveren en Brussel voor rechtspraak van de 19^{de} eeuw: In het Rijksarchief van Gent bracht de consultatie van een (eigen aangelegde) digitale databank en de parketregisters enkele arresten van het hof van beroep van Gent op; In het Rijksarchief van Beveren-Waas verliep de zoektocht via alfabetische klappers; Voor de arresten van het hof van beroep van Brussel was de inventaris van A.F. Cosemans in het Rijksarchief van Brussel belangrijk; De zoektermen waren telkens de onwettige uitoefening geneeskunde/verloskunde en vruchtafdrijving;
 - De medische verzekeringsmaatschappijen KBC, AG Insurance, Amlin, Fidea, Amma en Ethias: Na telkens een mondelinge toelichting van het doel van het onderzoek werd – op één uitzondering na – de toelating verkregen om alle beschikbare verzekeringsdossiers te bestuderen;
 - De Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen (VBOV): De polis van de BA-verzekeraar, aangeboden via de beroepsorganisatie, voorziet (gratis) eerstelijnsbijstand bij de confrontatie met een klacht; Er werd nagevraagd in welke dossiers de organisatie hun leden had bijgestaan bij een consultatie van een gespecialiseerd advocaat;
 - De rechtbank van eerste aanleg te Gent voor rechtspraak vanaf de tweede helft van de 20^{ste} eeuw: Een selectie, via het repertorium (op namen van ziekenhuizen) en via de codes (na 2001) ziekenhuizen, geneesheren, beroepsaansprakelijkheid, leverde verschillende uitspraken aan;²¹

²⁰ In de statistische analyse werd alle rechtspraak bijgehouden tot 1 november 2015. Recentere zaken zijn ter aanvulling opgenomen.

²¹ Schrijven dd. 05/10/2011 van mevrouw Ingrid Mallems: “Op uw vraag kan worden ingegaan, mits anonimiseren van deze vonnissen. Ik maak uw brief en mijn antwoord over aan mevrouw de Hoofdgriffier, Maddy De Coninck”.

- Het hof van beroep te Gent voor rechtspraak vanaf de tweede helft van de 20^{ste} eeuw: Een zoekopdracht op basis van vier preventiecodes, met name overlijden anders dan ten gevolge van een misdaad (preventiecode 32B), schuldig verzuim (preventiecode 43bis) onopzettelijke doding (preventiecode 44) en onopzettelijke slagen of verwondingen (preventiecode 46A) bracht verschillende correctionele arresten op;²²
- De hoven van beroep te Brussel en Antwerpen: De vraag tot inzage van de correctionele arresten werd negatief beantwoord, omdat: *“De statistische databank van het College van Procureurs-generaal bevat geen betrouwbare gegevens met betrekking tot het beroep van verdachten in strafzaken. ...De procedures aangaande vroedvrouwen/gynaecologen kunnen op basis van de beschikbare databanken niet onderscheiden worden binnen het geheel van zaken m.b.t. schuldig verzuim, onopzettelijke slagen en verwondingen, onwettige uitoefening van de geneeskunde en onopzettelijke doding”*.²³

24. Om inzicht te krijgen in de bevoegdheid van de provinciale geneeskundige commissies (PGC) inzake hun controle op de praktijkvoering van vroedvrouwen, werd inzage gevraagd van de recentste dossiers. De Commissie gaf een negatieve respons, steunend op één van de uitzonderingen voorzien in de wet van 11 april 1994 betreffende de openbaarheid van bestuur. De inzage van de dossiers zou een afbreuk doen aan de geheimhoudingsplicht.²⁴ Via de VBOV, de BA-verzekeraar en de vroedvrouwen, die zetelen in de commissies, konden alsnog drie dossiers worden bekomen. Ook de Orde van artsen verleende geen inzage in de tuchtdossiers tegen gynaecologen in hun relaties met vroedvrouwen, zonder enige motivering.²⁵

25. Gelet op ontvangst van verschillende verloskundige dossiers bij het Fonds voor de Medische Ongevallen (FMO) werd ook deze piste bewandeld. Er zijn nog te weinig dossiers volledig behandeld, waardoor het niet mogelijk is om over te gaan tot een analyse van die dossiers en besluiten te trekken.

²² Schrijven dd. 16/11/2011 van de heer Paul Kenis, advocaat generaal voor de procureur-generaal: *“Navolgend onze telefonische onderhouden heb ik de eer u mede te delen dat u toelating verleend wordt tot inzage en kopienamen van arresten van het Hof van beroep alhier, waarbij de verantwoordelijkheid van de gynaecologen en vroedvrouwen beoordeeld wordt. Om dergelijke dossiers te kunnen terugvinden dienen de gegevens van de databanken van de parketten bij de rechtbanken van eerste aanleg gekoppeld te worden aan die van het parket-generaal. ...”*.

²³ Schrijven dd. 09/12/2011 van het College van Procureurs-generaal van Brussel.

²⁴ Mail dd. 02/10/2015 van Dr. Katia Machiels, Federaal Gezondheidsinspecteur van de provinciale geneeskundige commissies van Limburg met het advies van de jurist van de FOD Volksgezondheid, dhr. Jean-Marc Hanotiau; Ondanks het feit dat het juridisch advies niet correct was, leverde verder aandringen geen enkel resultaat op.

²⁵ Mail dd. 15/12/2015 van B. Dejemeppe voor het Bureau van de Nationale Raad: *“Naar aanleiding van uw e-mail van 4 december 2015 met uw vraag om inzage in de dossiers betreffende artikel 177 van de Code van geneeskundige plichtenleer te krijgen antwoordt het Bureau van de Nationale Raad u dat er geen inzage kan worden verleend”*.

26. De bronnen van **Nederlandse rechtspraak** waren de Nederlandsche Pasicrisie, de tijdschriften Weekblad van het Regt, Nederlandsch juristenblad, Nederlandsche jurisprudentie, Tijdschrift voor gezondheidsrecht, Expertise en Recht, *Journal of Medical Law and Ethics*, Letselschade Magazine, de databank Delpher en de juridische databanken Recht, Rechtspraak, Jure, Kluwer navigator en BJU tijdschriften.

27. Drie verschillende instanties werden gecontacteerd voor het opzoeken van (niet)-gepubliceerde rechtspraak:

- Mevrouw Tiemen Folkers van het vakteam Rechten/Gedrags- en Maatschappijwetenschappen van de Rijksuniversiteit van Groningen: zij bezorgde specifieke informatie betreffende de methode van opzoeken en de beschikbare databanken;
- De Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV): de beroepsorganisatie verleende informatie betreffende haar registratiesysteem en haar begeleiding van verloskundigen bij de afhandeling van schadegevallen;
- Prof. J.H. Hubben, prof. Gezondheidsrecht van de Vrije Universiteit van Amsterdam: de professor bezorgde gegevens over een specifieke zaak, waar het VUmc (academisch ziekenhuis) van Amsterdam betrokken partij was.

28. De tuchtrechtelijke uitspraken betreffende het handelen van de verloskundige (periode eind 20^{ste} – begin 21^{ste} eeuw) werden verzameld via de Eenheid secretariaten tuchtcolleges en toetsingscommissies (uitspraken van vóór 1 januari 2010) en de overheidssite inzake het tuchtrecht.²⁶ Het tijdschrift voor Verloskundigen, het vakblad van de KNOV publiceerde ook sommige uitspraken.²⁷

29. Voor het opzoeken van de **Franse gepubliceerde rechtspraak** werden de Franse tijdschriften *Dalloz périodique*, *Recueil Dalloz*, *Dalloz alfabétique*, *Recueil Hebdomadaire Dalloz*, de juridische databanken *Legifrance*, *Juricaf*, *Dalloz* en *Gallica* geconsulteerd. De tuchtrechtelijke uitspraken van de *Conseil National Ordre des sages-femmes* (periode eind 20^{ste} – begin 21^{ste} eeuw) worden aangeplakt, maar zijn niet beschikbaar voor inzage.²⁸ De Orde van Franse vroedvrouwen liet weten dat een databank in de pijplijn zit.²⁹ De arresten van de *Conseil d'État*, die een cassatievoorziening tegen tuchtuitspraken behandelen, zijn wel toegankelijk via *Legifrance*.

²⁶ www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl (uitspraken opvraagd via dpbest@minvws.nl) en www.tuchtrecht.nl.

²⁷ <http://www.knov.nl/over-de-knov/tekstpagina/546/tijdschrift-voor-verloskundigen/>.

²⁸ Article R. 4126-37 Code de la santé publique: La décision de la chambre disciplinaire de première instance est rendue publique par affichage. Les noms et adresses des parties peuvent être rendus anonymes par la chambre disciplinaire, notamment lorsque ces mentions pourraient porter atteinte au respect de la vie privée ou du secret médical. Il en est de même dans les copies adressées aux tiers.

²⁹ Mail dd. 09/10/2015 van Marie-Josée Keller, Présidente du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes.

30. Het *Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des Affections Iatrogènes et des Infections Nosocomiales* (ONIAM) beantwoorde de vraag tot het verkrijgen van inlichtingen betreffende medische ongevallen in de verloskunde vrij algemeen door verwijzing naar de jaarrapporten.³⁰

31. De contactname in de drie landen met Openbaar Ministeries, griffies en advocaten wierp tevens zijn vruchten af. In het Waalse gewest verliep het contact met de griffies per mail, hetgeen zeer efficiënt was. In de rest van België diende alle rechtspraak schriftelijk te worden opgevraagd (in strafzaken na toestemming van het Openbaar Ministerie) en vervolgens vergoed.³¹ De Nederlandse griffies beantwoordden de vraag tot kopie steeds negatief, maar net zoals de advocaten waren ze wel bereid tot het bezorgen van concrete informatie over een specifieke zaak. Het contact met de Franse griffies voor het opvragen van rechtspraak verliep schriftelijk, maar vrij efficiënt, zonder toestemming van het parket en zonder betaling van een onkostenvergoeding.

2. ANALYSE

2.1. Literatuur

32. Om de juridische evoluties in kaart te brengen worden de in de rechtsleer gebruikelijke hermeneutische methodes aangewend. Het plaatsen van de verschillende wetteksten (zoveel als mogelijk) in hun maatschappelijke context is een *conditio sine qua non*, rekening houdend met de relevante literatuur. In de analyse staat het vinden van scharniermomenten in de ontwikkeling van de beroepsbekwaamheid en opleiding van de vroedvrouw centraal. Bijzondere aandacht gaat ook uit naar de invloed van de medische evoluties in de verloskunde.

³⁰ Mail dd. 13 januari 2016 van Aicha Benarab, Assistante du Directeur l'ONIAM: "*Je peux faire suite à votre demande en vous invitant à cliquer sur les deux liens ci-dessous afin de prendre connaissance des rapports d'activité de l'ONIAM et de l'ORS (Observatoire des Risques Médicaux) pour l'année 2014*".

³¹ Dit resulteerde telkens in drie brieven en een betaling via overschrijving.

2.1. Rechtspraak 19^{de} en eerste helft 20^{ste} eeuw

33. De analyse van de oudere rechtspraak gebeurde aan de hand van een fiche met de volgende variabelen:

- datum van de uitspraak;³²
- plaats van de feiten: België, Nederland, Frankrijk;
- kwalificatie van het misdrijf:
 - onwettige uitoefening verloskunde;
 - onwettige uitoefening geneeskunde;
 - onwettige uitvoering van abortus;
 - onopzettelijke slagen en verwondingen/doding;
 - niet vervullen van administratieve verplichtingen.

2.2. Rechtspraak tweede helft 20^{ste} eeuw en begin 21^{ste} eeuw

34. De volgende variabelen dienden voor de analyse van de recentere rechtspraak:

- tijdstip van de feiten;³³
- plaats van de feiten: België, Nederland, Frankrijk;
- soort procedure: minnelijke schikking, minnelijke schikking na dagvaarding, (autonome) burgerlijke procedure, strafrechtelijke procedure, burgerlijke afhandeling na strafprocedure, voorziening in cassatie;

³² Het tijdstip van de feiten was vaak niet te achterhalen.

³³ Ingedeeld in acht categorieën: vóór 1970, 1970-1979, 1980-1989, 1990-1994, 1995-1999, 2000-2004, 2005-2010 en na 2011.

➤ aandeel zorgverlener:

- vroedvrouw: beoordeling handelen, fout, procespartij, eigen aansprakelijkheid;
- gynaecoloog: beoordeling handelen, fout, eigen aansprakelijkheid, aanstellersaansprakelijkheid voor fouten van vroedvrouw;
- huisarts: fout, eigen aansprakelijkheid, aanstellersaansprakelijkheid voor fouten van vroedvrouw;
- ziekenhuis: eigen aansprakelijkheid, aanstellersaansprakelijkheid voor fouten van vroedvrouw en/of gynaecoloog;
- pediater: eigen aansprakelijkheid;
- anesthesist: eigen aansprakelijkheid;

➤ betekenisvolle categorieën inzake de te beoordelen medische aangelegenheid:

- prenatale zorg: risicoscreening, gezondheidsvoorlichting en uitvoering van abortus;
- perinatale zorg: herkennen van pathologie, interventie bij pathologie, interpretatie foetale monitoring en interdisciplinaire samenwerking;
- postnatale zorg: operatieve zorg sectio, opvolging hemorragie, overige maternale pathologieën en neonatale zorgen;

➤ schade: maternale en neonatale morbiditeit, maternale en neonatale mortaliteit en *mors in utero* (intra-uteriene vruchtdood, MIU).

2.3. Tuchtrechtspraak tweede helft 20^{ste} eeuw en begin 21^{ste} eeuw

35. De analyse van de Nederlandse tuchtrechtelijke uitspraken gebeurde op basis van de volgende variabelen:

- tijdstip van de feiten;³⁴
- soort tuchtorgaan: Regionaal Tuchtcollege of Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg;
- aandeel zorgverlener: zelfstandige verloskundige, klinisch verloskundige, O&G verpleegkundige, ook gynaecoloog betrokken in schadegeval;
- identiteit klager: collega-zorgverlener, patiënte, Inspectie voor de Gezondheidszorg;

³⁴ Ingedeeld in vijf categorieën: 1995-2000, 2001-2005, 2006-2010 en 2011-2015.

- betekenisvolle categorieën inzake de te beoordelen medische aangelegenheid:
 - prenatale zorg
 - perinatale zorg: herkennen van pathologie, interpretatie foetale monitoring, interdisciplinaire samenwerking en diverse;
 - postnatale zorg;
- schade: maternale en neonatale morbiditeit, maternale en neonatale mortaliteit en MIU;
- soort van sanctie: een waarschuwing, een berisping, een schorsing, geen maatregel door schuldinzicht en ontzeggen van bevoegdheid.

3. IMPLEMENTATIE

36. De implementatie van de onderzoeksresultaten³⁵ van het theorie- en praktijkgericht onderzoek gebeurt in hoofdstuk V, waar positieve aanbevelingen/aandachtspunten voor zorgverleners werkzaam in de verloskunde centraal staan.

3.1. Gezondheidsrechtelijke aanbevelingen

37. De redactie van gezondheidsrechtelijke aanbevelingen is een realisatie van de werkgroep *Create Life*, opgericht na het congres ‘Verloskunde in beweging II: de do’s en don’ts in het voorkomen van aansprakelijkheid’ in 2014.³⁶ De werkgroep bestond naast mij als initiatiefneemster en juriste, zowel uit (hoofd)vroedvrouwen als uit gynaecologen. Na mijn expliciete vraag aan de deelnemers op het congres hebben deze zorgverleners zich geëngageerd om aspecten van het gezondheidsrecht in het verloskundig beleid te integreren, ten voordele van zowel de zorgverlener als de patiënte.³⁷ De oprichting van een dergelijke werkgroep was niet in het minst ook bedoeld om de onderzoeksresultaten van dit doctoraat af te toetsen. Zonder de input en de feedback van de leden van de werkgroep stond het juridische luik (exclusief mijn aandeel) geïsoleerd van het medische luik en kon niet worden geanticipeerd op de problemen in de dagdagelijkse praktijk. Bij de redactie

³⁵ De presentatie van de onderzoeksresultaten wat betreft de rechtspraakanalyse vond plaats op twee colloquia van de Universiteit Gent, georganiseerd in het kader van dit doctoraat: De verloskunde in beweging I: de relatie patiënt-zorgverlener in juridisch perspectief, 13 september 2012 (Zwijnaarde) en Verloskunde in beweging II: de do’s en don’ts om aansprakelijkheid te voorkomen, 4 december 2014 (Gent), zie voor meer info www.gig.gent.be.

³⁶ Zie voor de naam *Create Life*: besluit van hoofdstuk III.2, randnr. 611.

³⁷ De leden van de werkgroep *Create Life* zijn:

- vroedvrouwen: Bernadette Bijmens (UZ Leuven), Sabine Van de Vyver (Sint-Vincentius Deinze), Betty Mervilde (Onze Lieve Vrouw van Lourdes Ziekenhuis Waregem), Nadia Yousfi (AZ Glorieux Ronse), Renilde Bastaens (Imeldaziekenhuis Bonheiden), Anne Van den Berghe (AZ Sint-Lucas Gent) en Marlène Reyns (AZ Nikolaas);
 - gynaecologen: dr. Bart Demyttenaere (studiedienst NVSM), dr. Ingrid Martens (AZ Sint-Lucas Gent), prof. Yves Jacquemyn (UZA en Universiteit Antwerpen), prof. Wilfried Gyselaers (ZOL en Universiteit Hasselt), prof. Hendrik Cammu (VUB en UZ Brussel), dr. Isabelle Dehaene (UZ Gent), dr. Anne De Vits (AZ Jan Palfijn Gent);
 - juriste: Marlies Eggermont (doctoranda Universiteit Gent en lector Arteveldehogeschool).

van de aanbevelingen nam ik steeds het schriftelijke werk voor mijn rekening en gaven de andere leden van de werkgroep feedback qua inhoud en formulering.

38. De bronnen voor de gezondheidsrechtelijke aanbevelingen inzake foetale monitoring, uterusruptuur, *solutio placentae*, schouderdystocie en teamwork op basis van het patiëntendossier waren een literatuuronderzoek (medische literatuur en rechtsleer vooral betreffende de aansprakelijkheid in de verloskunde) en de resultaten van de rechtspraakanalyse verwerkt in dit proefschrift. Na herhaaldelijke inhoudelijke aanpassingen, volgend op drie overlegmomenten met de werkgroep,³⁸ ondergingen de aanbevelingen vervolgens een proces van peer review.

39. De reviewers (vroedvrouwen, gynaecologen en juristen) evalueerden de volgende criteria (aan de hand van een schaal van 1 tot 5):

➤ DOEL

- De doelstellingen van het document zijn duidelijk geformuleerd.
- Het document is relevant voor de betrokken personen en zorginstellingen binnen de verloskunde.
- Het onderwerp en de doelstelling van het document zijn origineel.

➤ INHOUD

- Het document is logisch opgebouwd en gestructureerd.
- In het document is relevant bronnenmateriaal verwerkt.
- Het document is wetenschappelijk en logisch onderbouwd.
- Het document komt tegemoet aan de geschetste problematiek.
- Het document levert een belangrijke bijdrage tot de verloskunde.
- Het document zal navolging kennen en is praktisch toepasbaar.

➤ VORM

- In het document wordt een vlot/eenvoudig taalgebruik aangewend.
- In het document wordt een consistente en relevante terminologie gebruikt.
- In het document wordt een consistente citeerwijze voor voetnoten en bibliografie gebruikt.

³⁸ De overlegmomenten van de werkgroep *Create Life* vonden plaats op 19 januari 2015, 11 februari 2015 en 14 oktober 2015 in de Universiteit Gent, faculteit rechten.

40. De Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (VVOG) en de Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen (VBOV) gaven feedback op de tweede ontwerptekst.³⁹ Verwerking van de feedback en nazicht door de werkgroep hebben geleid tot een definitief document.

41. Zowel de gezondheidsrechtelijke aanbevelingen als de GOMIV werden gepresenteerd op een derde editie van Verloskunde in beweging.⁴⁰

³⁹ Met de VBOV werd alleen per mail gecommuniceerd; Op 5 april 2016 vond een overleg plaats tussen Marlies Eggermont en de werkgroep verloskunde van het VVOG in Sint-Niklaas; Op 7 december 2016 vond een tweede overleg plaats tussen Marlies Eggermont, de werkgroep verloskunde van het VVOG, de raadsman van het VVOG en een afgevaardigde van de VBOV in Sint-Niklaas.

⁴⁰ Verloskunde in beweging III: de kracht van consensus, Universiteit Gent, 1 december 2016 (Sint-Niklaas), zie voor meer info www.gig.gent.be.

3.2. Gedragscode

42. Vanuit de vraag van verschillende zorgverleners voor een stappenplan bij het ontvangen van een klacht inzake de verleende zorg, is de ontwikkeling van de **GOMIV**, de ‘Gedragscode **OM**gaan met een Incident binnen de Verloskunde’ opgestart. Dit is tevens een initiatief van de werkgroep *Create Life*, maar gerealiseerd in nauwe samenwerking met verschillende medische BA-verzekeraars.

43. De Belgische Richtlijn respectvol omgaan met ernstige klinische incidenten (KUL, 2013), de Nederlandse Gedragscode Openheid Medische Incidenten (Letselschade Raad, 2012) en de Nederlandse Handreiking Klachtenregeling (KNOV, 2008) waren de voornaamste inspiratiebronnen.⁴¹

44. Vertrekkend vanuit de belangrijkste pijlers van deze documenten, volgde de ontwikkeling van een stappenplan, enerzijds bij de confrontatie met een incident maar nog zonder klacht, anderzijds na de ontvangst van een (officiële) klacht. Medische literatuur, rechtsleer en rechtspraak waren de objectieve bronnen van onderzoek voor de ontwikkeling van de gedragsregels zelf: I inzake de communicatie met de schadelijder, II inzake de communicatie met de BA-verzekeraar en III inzake de rechten van verdediging van de zorgverlener. De focus in de gedragsregels ligt vooral op open communicatie.

45. Eén samenkomst met verschillende BA-verzekeraars, drie mondelinge overlegmomenten met verschillende leden van de werkgroep (zie *supra*) en veel schriftelijk overleg resulteerden in een eerste ontwerp.⁴² Ik nam opnieuw het op schrift stellen van de gedragscode voor mijn rekening en de BA-verzekeraars en leden van de werkgroep gaven feedback en stelden nieuwe invalshoeken voor.

46. Aan de hand van gestandaardiseerde formulieren onderging de ontwerp tekst een proces van peer review door vroedvrouwen, gynaecologen en juristen naar analogie van bij de aanbevelingen. De VVOG en VBOV gaven feedback op de tweede ontwerp tekst. Verwerking van de feedback en nazicht door de werkgroep hebben geleid tot een definitief document.

⁴¹ KUL Centrum voor ziekenhuis-en verplegingswetenschap, departement maatschappelijke gezondheidszorg en eerstelijnszorg, i.s.m. GZA, Jessa ziekenhuis, OPZC Redem en ICURO/Zorgnet Vlaanderen, *Richtlijn respectvol omgaan met ernstige klinische incidenten*, Leuven, 2013, 21 p; Letselschade Raad, *Gedragscode Openheid Medische Incidenten: betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA)*, Den Haag, 2012, 36 p; KNOV, *Handreiking Klachtenregeling voor de verloskundige praktijk*, Utrecht, 2008, 56 p.

⁴² Op 16 maart 2015 vond in Brussel een overleg plaats met Marlies Eggermont, Prof. Wilfried Gyselaers en vertegenwoordigers van Amlin, 2 van Amma, KBC en Fidea. De vertegenwoordiger van Ethias was verontschuldigd.

Hoofdstuk I: De positie van de vroedvrouw in het hedendaagse zorgmodel

47. Volgens de Europese richtlijn nr. 2005/36/EG van 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties, staat de vroedvrouw in voor de begeleiding van de normale zwangerschap, bevalling en postpartum.⁴³ Deze bevoegdheid is verankerd in nationale wetgeving van België, Nederland en Frankrijk.⁴⁴ De interpretatie van de medische term ‘normaal’ is buiten enkele nuanceverschillen in de drie landen gelijkaardig, in de zin van ‘niet pathologisch’. Dit inleidend hoofdstuk bestudeert beknopt de positie van de vroedvrouw in het hedendaagse zorgmodel in België, Nederland en Frankrijk. Hoe verhoudt de vroedvrouw zich tot de andere zorgverleners werkzaam in de verloskunde? Ook de graad van medicalisering van het geboorteproces wordt toegelicht, omdat dit een invloed heeft op het werkkterrein van de vroedvrouw, die vooral het natuurlijk verloop nastreeft.

I.1. HET ZORGMODEL MOEDER-KIND

48. Het Belgisch verloskundig zorgmodel is op een biomedische ideologie gesteund.⁴⁵ Een dergelijke ideologie houdt in dat zowel dokters als patiënten de medische aanpak hoog valideren en naar waarde schatten.⁴⁶ De meeste Belgische vrouwen vinden een ziekenhuisbevalling, geassisteerd door hun persoonlijke gynaecoloog de veiligste manier om te bevallen.⁴⁷ In dit model is de vroedvrouw een autonome zorgverlener in het domein van de normale verloskunde, maar - (vooral in Vlaanderen) feitelijk en/of juridisch (*infra*) - ondergeschikt aan de gynaecoloog.⁴⁸ Deze laatste wordt als prominent beschouwd binnen de begeleiding van de zwangere vrouw, met zowel een normale als een pathologische zwangerschap. Verloskunde is vooral een domein binnen de

⁴³ Art. 42 richtlijn Europees Parlement en Raad nr. 2005/36/EG, 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties, *Pb. L.* 30 september 2005, afl. 255, 45.

⁴⁴ Belgische vroedvrouw: art. 62-64 Gecoördineerde wet 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, *BS* 18 juni 2015, hierna WUG *juncto* KB 1 februari 1991 betreffende de uitoefening van het beroep van vroedvrouw, *BS* 6 april 1991, hierna KB 1991;

Nederlandse verloskundige: art. 36 Wet 11 november 1993 op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, *Stb* 1993 no. 655, hierna BIG-wet *juncto* Besluit 3 juli 2008 opleidingseisen en deskundigheidsgebied verloskundige, *Stb* 2008 no. 300, hierna Besluit 2008;

Franse vroedvrouw: art. L4151-1 tot L4153-4 Décret 5 octobre 1953 portant codification des textes législatifs concernant la santé publique, *JO* 7 oktober 1953, hierna *Code de la santé publique juncto* Décret n°49-1351 30 septembre 1949 de déontologie des sages-femmes en application de l’art. 66 de l’ordonnance 45-2184 du 24-09-1945, *JO* 5 oktober 1949, hierna *Code de déontologie*.

⁴⁵ W. CHRISTIAENS en P. BRACKE, “Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands”, *Midwifery* 2009, 12.

⁴⁶ E. VAN TEIJLINGEN, “A critical analysis of the medical model as used in the study of pregnancy and childbirth”, *Sociological Research Online* 2005, <http://www.socresonline.org.uk/10/2/teijlingen.html>.

⁴⁷ W. CHRISTIAENS en P. BRACKE, “Vlaamse vrouwen zijn tevreden met verloskundige zorg”, *Hospitals.be* 2010, 14; C. GILLEIR, “Thuis bevallen in Vlaanderen: een kwestie van reflexiviteit”, *Tijdschrift voor sociologie* 2007, 50-51.

⁴⁸ Achtergrondinformatie in B. BEYENS, *Van zelfstandig verloskundige tot assistente van de gynaecoloog: de evolutie in het beroep van de Vlaamse vroedvrouw tijdens het interbellum*, onuitg. licentiescriptie Geschiedenis Universiteit Gent, 1999, 171 p; zie uitgebreid hoofdstuk II.1-4.

tweedelijnsgezondheidszorg.⁴⁹ Er is een kleine groep van zelfstandige vroedvrouwen, die vooral pre- en postnatale zorg bieden (minder dan 1% thuisbevallingen). De toegang voor zelfstandige vroedvrouwen tot ziekenhuizen is beperkt, onder meer door de vrees van gynaecologen om aansprakelijk te worden gesteld voor de fouten van de vroedvrouw.⁵⁰ Uitzonderlijk begeleiden huisartsen de zwangerschap en/of de bevalling.⁵¹

49. Begin 2015 lanceerde minister M. De Block de (ver)korte ligduur van pasbevallen vrouwen op de materniteit (van vier naar drie nachten voor vaginale bevallingen), waardoor de (zelfstandige) vroedvrouw dé sleutelfiguur wordt in de postpartumzorg, zowel intra-als extramuraal.⁵² Deze budgettaire maatregel kon niet meteen op veel bijval rekenen.⁵³ Met het verzekeren van de continuïteit van de zorgverlening in het vizier, stelde minister De Block middelen vrij voor pilootprojecten "bevallen met verkort ziekenhuisverblijf" in verschillende ziekenhuizen. Op 25 februari 2016 maakte de minister de zeven geselecteerde ziekenhuizen bekend. Na twee jaren volgt een evaluatie en zal de regering beslissen welke aspecten op bredere schaal een haalbare kaart zijn. In deze projecten staan transmurale zorg onder leiding van een multidisciplinair team op basis van een begeleidingsplan en met de patiënte als een actieve partner centraal.⁵⁴ Vervolgens sloegen de Vlaamse vroedvrouwen, gynaecologen, kinderartsen, Kind en Gezin en de Expertisecentra Kraamzorg de handen in elkaar voor de redactie van 'aanbevelingen goede praktijkvoering voor de postnatale zorg'.⁵⁵ De Federale Raad voor de Vroedvrouwen deed in maart 2016 enkele voorstellen op het gebied van de bevoegdheid van de vroedvrouw, de financiering van de zorg (bijvoorbeeld

⁴⁹ J.K. EMONS en M.I.J. LUITEN i.s.m. EUROPEAN MIDWIVES LIAISON COMMITTEE, *Midwifery in Europe. An Inventory in Fifteen EU Member States*, Leusden, Deloitte&Touche, 2001, 23-24. (hierna: J.K. EMONS *et al.*, *Midwifery in Europe. An Inventory in Fifteen EU Member States*); L. VAN KELST, B. SPITZ, W. SERMEUS, en A.M. THOMSON, "A hermeneutic phenomenological study of Belgian midwives' views on ideal and actual maternity care", *Midwifery* 2013, 9-17; M. EGGERMONT, "The Belgian, French and Dutch midwife on trial: A critical case study", *Midwifery* 2015, 547-549. (hierna: M. EGGERMONT, *The Belgian, French and Dutch midwife on trial: A critical case study*).

⁵⁰ K. DE KOSTER, *Toegang van de zelfstandige vroedvrouw tot de Vlaamse ziekenhuizen. In het kader van zelfstandig uitvoeren van bevallingen*, onuitg. masterproef Geneeskunde en Farmacie Vrije Universiteit Brussel, 2011, 60-65; Zie uitgebreid hoofdstuk III.2.1.B.1.2.§2.

⁵¹ Zie uitgebreid: S. BEERSMANS, *Is er nog toekomst voor bevallingen in de huisartsgeneeskunde?*, onuitg. masterproef Geneeskunde Universiteit Antwerpen, 2009.

⁵² Art. 46 bis KB 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, BS 30 mei 2002, ingevoegd door art. 2 KB 12 oktober 2015 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, BS 23 oktober 2015; Vraag om uitleg LIETEN over de gevolgen van verkorting van de ziekenhuisopname bij een bevalling, *Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van het Vlaamse Parlement*, 2014-2015, nr. 2050; Vraag om uitleg FRANSSEN over de impact van een verminderde duur van een kraamopname op het geven van borstvoeding, *Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van het Vlaamse Parlement*, 2014-2015, nr. 2071.

⁵³ S. VANDEKERCKHOVE, "Hoe langer de bevalling, hoe sneller de nieuwe moeder naar huis moet", *De Morgen* 13 november 2015, <http://www.demorgen.be/wetenschap/-hoe-langer-de-bevalling-hoe-sneller-de-nieuwe-moeder-naar-huis-moet-b60d9ffa/>; "Sneller naar huis na bevalling?" "Zonder goede afspraken dreigt alles in het honderd te lopen", *De Morgen* 27 februari 2016, <http://www.demorgen.be/wetenschap/-hoe-langer-de-bevalling-hoe-sneller-de-nieuwe-moeder-naar-huis-moet-b60d9ffa/>.

⁵⁴ <http://www.deblock.belgium.be/nl/maggie-de-block-zet-hervorming-ziekenhuislandschap-en-financiering-verder>.

⁵⁵ VBOV, *Goede praktijkvoering voor de postnatale zorg. Aanbevelingen voor vroedvrouwen*, maart 2016, 101 p.

een honorarium voor een wachtdienst en voor het opmaken van een postnataal opvolgingsdossier) en de zorgorganisatie (aanstelling vroedvrouw-coördinatoren, wachtdiensten), allen ter bevordering van de kwaliteit van de eerstelijnszorg.⁵⁶

50. In Nederland is de ‘*women-centred*’ ideologie de norm. Het maatschappelijk beeld over bevallen, dat baringspijnen nuttig zijn en de beleving ervan zich in de privésfeer afspeelt, heeft voor het behoud van de voorname positie van de verloskundige en het geloof in de thuisbevalling gezorgd.⁵⁷ Kenmerkend voor het Nederlands zorgmodel is de overweging dat bevallen een fysiologisch proces is en niet een indicatie voor een ziekenhuisopname. De zelfstandige verloskundige heeft er een ‘poortwachtersfunctie’ binnen de eerstelijnsgezondheidszorg, waar ze de zwangere screent. Hierdoor stromen vooral pathologische zaken door naar de ziekenhuizen, waar een gynaecoloog, bijgestaan door een klinisch verloskundige, de prenatale follow-up doet en de assistentie bij de bevalling. Zowel zelfstandige verloskundigen als ‘huisartsen actief in de verloskunde’ hebben toegang tot de ziekenhuizen om bevallingen te assisteren.⁵⁸ Ook obstetrie&gynaecologieverpleegkundigen (kraamverpleegkundigen) begeleiden bevallingen (als assistent van de arts of klinisch verloskundige) in ziekenhuizen en verzekeren de postnatale zorg.⁵⁹ Kraamverzorgenden staan de eerstelijnsverloskundige bij in de extramurale postnatale zorg.⁶⁰

51. De Franse verloskundige zorg kenmerkt zich door een variëteit aan zorgmodellen en verschillende zorgverleners. Zowel een vroedvrouw (*sage-femme*), een medisch gynaecoloog (*gynécologue médical*) als een gynaecoloog-obstetricus (*gynécologue-obstétricien*) kan instaan voor de *follow-up* van een zwangerschap. Een medisch gynaecoloog doet aan gynaecologie en verloskunde, maar zal naar een gynaecoloog-obstetricus doorverwijzen voor de begeleiding van de bevalling. Deze laatste is werkzaam in private en/of publieke ziekenhuizen en staat in voor zowel de normale als de pathologische verloskunde. Huisartsen begeleiden vooral zwangeren in landelijke gebieden. Vroedvrouwen spelen een vooraanstaande rol in de pre-, peri-, - en postpartum zorg, zowel intra-als extramuraal.⁶¹ De waardering voor de Franse vroedvrouw gaat in stijgende lijn.

⁵⁶ FRVV, FRVV/2016/ADVIES-2, *Advies van de Federale Raad voor de Vroedvrouwen met betrekking tot de verkorte verblijfsduur op de kraamafdeling*, maart 2016.

⁵⁷ A. HIDDINGA, “Verloskunde in Nederland: vroedvrouwen en de thuisbevalling”, in R. VAN DAALEN en M. GIJSWIT-HOFSTRA (eds.), *Gezond en wel. Vrouwen en de zorg voor gezondheid in de twintigste eeuw*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 1998, 201-203.

⁵⁸ H. KATEMAN en K. HERSCHDERFER, *Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project. Current Practice in Europe and Australia. A Descriptive Study*, Den Haag, International Confederation of Midwives, 2005, 14-25. (hierna: H. KATEMAN *et al.*, *Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project. Current Practice in Europe and Australia. A Descriptive Study*); J.K. EMONS *et al.*, *Midwifery in Europe. An Inventory in Fifteen EU Member States*, 89-92.

⁵⁹ De opleiding tot obstetrie&gynaecologieverpleegkundige is een éénjarige vervolgopleiding, dat binnen de opleidingscentra in de ziekenhuizen wordt georganiseerd, bijvoorbeeld het Erasmus Medisch Centrum, <http://www.erasmusmc.nl/zorgacademie/organisatie/opleidingen/verpl-vervolg/obstetrie/> of het Groen Hart ziekenhuis in Gouda, <https://www.ghz.nl/werken-bij/opleiding-stage/verpleegkundige-opleidingen/obstetrie-gynaecologie/>.

⁶⁰ Zie uitgebreid KNOV, *Beroepsprofiel verloskundige*, 2014, 67 p.

⁶¹ H. KATEMAN *et al.*, *Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project. Current Practice in Europe and Australia. A Descriptive Study*, 62-67; J.K. EMONS *et al.*, *Midwifery in Europe. An Inventory in Fifteen EU*

Begin 2014 verkreeg de Franse vroedvrouw werkzaam in het ziekenhuis een onafhankelijk statuut net zoals de artsen. Onderhandelingen over de revalorisatie van de prestaties van vroedvrouwen in de ziekenhuizen zijn nog volop aan de gang.⁶²

I.2. DE GRAAD VAN MEDICALISERING VAN HET GEBOORTEPROCES

52. Vijf factoren beïnvloeden de graad van medicalisatie: de steun van het medisch beroep (aanhang van professionele beroepsorganisaties), het bestaan van concurrentiële factoren (meerdere categorieën van zorgverleners werkzaam op hetzelfde terrein), de toegankelijkheid van medische interventies, de dekking van de overheidsverzekering en de aanwezigheid van groepen die de medicalisering in vraag stellen.⁶³

53. In het Belgische zorgmodel is er sprake van een hoge graad van medicalisering, waardoor de normale verloskunde terrein verliest. Hoewel het aantal spontane vaginale bevallingen in Vlaanderen daalt (van 74,7% in 1987 naar 68,6% in 2015), het aantal sectio's stijgen (van 9% in 1987 naar 20,5% in 2015), blijkt uit de cijfers van het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE) dat medische interventies, zoals een inductie (van 32% in 1999 naar 23,9% in 2015) of een instrumentale bevalling met een ventouse (vacuümextractie) of forceps (verlostang) (van 15,8% in 1987 naar 9,9% in 2015) verminderen. Het aantal epidurale verdovingen daarentegen blijft stijgen, tot 69,7% in 2015. Het aantal thuisbevallingen in Vlaanderen ligt op 1%.⁶⁴ Uit de gegevens van Peristat gebaseerd op de Belgische geboortecijfers van 2010 bleek, volledig in de lijn met Vlaanderen, één op de vijf bevallingen te eindigen in een sectio (Brussel 20,2%, Vlaanderen 20,1% en Wallonië 20,9%) en een kleine 10% in een instrumentale bevalling (Brussel 8,3%, Vlaanderen 10,4% en Wallonië 7,5%).⁶⁵ In navolging van de Wereld Gezondheidsorganisatie heeft het Federaal

Member States, 46-50; Eggermont, *The Belgian, French and Dutch midwife on trial: A critical rechtspraakanalyse*, 547-549.

⁶² C. BORDENET, "Les sages-femmes obtiennent un statut médical à l'hôpital", *Le Monde* 4 maart 2014, http://www.lemonde.fr/societe/article/2014/03/04/les-sages-femmes-obtiennent-un-statut-medical-a-l-hopital_4377080_3224.html; Circulaire N° DGOS/RH4/2014/92 10 avril 2014 relative à la mise en oeuvre des mesures prises en faveur de la reconnaissance des sages-femmes hospitalières et à l'application de certaines dispositions du décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé), http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/2/1814_GPACT-jour-circu-140410-01.pdf.

⁶³ P. CONRAD, "Medicalization and social-control", *Annual Review of sociology* 1992, 209-232; zie uitgebreid in hoofdstuk II.

⁶⁴ R. DEVLIEGER, E. MARTENS, G. MARTENS, C. VAN MOL en H. CAMMU, *Perinatale Activiteiten in Vlaanderen 2015*, SPE, Brussel, 2016, 5-6, 21-22; H. CAMMU, "Vijfentwintig jaar en anderhalf miljoen baby's later" in: M. EGGERMONT (ed.), *Verloskunde in beweging: de relatie patiënt-zorgverlener in juridisch perspectief*, Brugge, Die Keure, 2013, 112-113; W. CHRISTIAENS *et al.*, "Trends in the medicalisation of childbirth in Flanders and the Netherlands", *Midwifery* 2013, 3. (hierna: W. CHRISTIAENS *et al.*, *Trends in the medicalisation of childbirth in Flanders and the Netherlands*).

⁶⁵ J. ZEITLIN, A. MOHANGOO, en M. DELNORD, *European perinatal health report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*, Euro Peristat, 2013, 80, <http://www.europeristat.com/images/doc/Peristat%202013%20V2.pdf>. (hierna: J. ZEITLIN *et al.*, *European perinatal health report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*).

Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) een eerste stap gezet in de demedicalisering van de zorg voor een vrouw met een normale zwangerschap. In haar zorgrichtlijn van 2015 inzake de prenatale opvolging, is duidelijk voor een vermindering van het aantal onderzoeken tijdens de zwangerschap geadviseerd.⁶⁶

54. Hoewel een laag-gemedicaliseerde verloskundige zorg het streefdoel blijft,⁶⁷ daalt zoals in België het aantal spontane vaginale bevallingen (van 78% in 1999 naar 74,6% in 2012) en stijgt het aantal epidurale verdovingen (van 8% in 2000 tot 22% in 2009). Het aantal instrumentale bevallingen blijft op een kleine 10%.⁶⁸ Het recentste jaarrapport van Perined over de geboortecijfers van 2015 geeft een daling aan van alle items: het aantal thuisbevallingen daalt tot 13,1%, het aantal spontane bevallingen daalt naar 74,1%, het aantal epidurale verdovingen daalt naar 21,8% en het aantal instrumentale bevallingen daalt ook naar 9,3%.⁶⁹

55. Ondanks de hoge medicalisatiegraad in Frankrijk (daling spontane bevallingen en stijging epidurale verdovingen), stijgt het aandeel van de vroedvrouw in bijvoorbeeld het assisteren van een spontane bevalling (van 70% in 2003 tot 80% in 2010), ten nadele van het beroepsterrein van de gynaecoloog die voornamelijk de pathologische bevallingen voor zijn/haar rekening neemt.⁷⁰ Uit de gegevens van Peristat gebaseerd op de geboortecijfers van 2010 bleek één op de vijf bevallingen (21%) te eindigen in een sectio en 12,1% in een instrumentale bevalling.⁷¹

56. De sociale zekerheid dekt in de drie landen de meeste basiskosten van verloskundige zorg, intra-en extramuraal verleend. De vrouw betaalt meer remgeld voor een ziekenhuisbevalling door het ziekenhuisverblijf en de honoraria van de artsen, waarvan de omvang onder meer afhangt van de kamerkeuze. In de praktijk hebben veel vrouwen een hospitalisatieverzekering, die de kosten voor haar rekening neemt. In Nederland betalen de vrouwen meer remgeld voor een

⁶⁶ W. GYSELAERS, P. JONCKHEER, N. AHMADZAI, M. ANSARI, S. CARVILLE *et al.*, *Welke onderzoeken zijn aanbevolen bij een zwangerschap?*, Brussel, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), 2015. KCE Reports 248As. D/2015/10.273/55.

⁶⁷ W. CHRISTIAENS *et al.*, *Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands*, 12.

⁶⁸ J. ZEITLIN *et al.*, *European perinatal health report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*, 80; Stichting Perinatale registratie Nederland, *Perinatale Registratie Nederland. Grote lijnen. 1999-2012*, Roelofs, Utrecht, 2013, 26 en 65; W. CHRISTIAENS *et al.*, *Trends in the medicalisation of childbirth in Flanders and the Netherlands*, 2.

⁶⁹ Samenvatting Jaarboek Zorg 2015, <https://www.perined.nl/producten/publicaties/jaarboeken>.

⁷⁰ B. BLONDEL en M. KERMARREC, *Enquête nationale périnatale 2010. Premiers résultats de l'Enquête périnatale nationale 2010*, 79-80, mei 2011, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf; In maart 2016 werd een nieuwe enquête gehouden, het eindrapport is nog niet gepubliceerd, <http://www.epopé-inserm.fr/grandes-enquetes/enquetes-nationales-perinatales>.

⁷¹ J. ZEITLIN *et al.*, *European perinatal health report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*, 80.

ziekenhuisbevalling bij afwezigheid van een risico (medische indicatie) dat een bevalling in de tweedelijsgezondheidszorg noodzakelijk maakt.⁷²

⁷² Meer info inzake de nomenclatuur van de verloskundige zorg: art. 9 Bijlage KB 14 september 1984 inzake de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen, zie www.riziv.be; artikel 2.11, 2.12 en 2.17, 1a Besluit Zorgverzekering 28 juni 2005 en art. 2.37 Regeling Zorgverzekering 1 september 2005, zie www.verzekeringssite.nl; art. 6 Arrêté 27 mars 1972 fixant la nomenclature des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et les auxiliaires médicaux, zie www.ameli.fr; M. EGGERMONT, “The choice of child delivery is a European human right”, *European Journal of Health Law* 2012, 266.

Hoofdstuk II: De juridisering van de werkzaamheden van de vroedvrouw

57. Om het huidige recht beter te begrijpen, richt dit hoofdstuk zich op het verwerven van inzicht in de belangrijkste mijlpalen van de juridisering van het beroep van vroedvrouw vanaf de 19^{de} eeuw in België, Nederland en Frankrijk. Vooral de wijzigingen in de wettelijke bevoegdheid en de opleiding tot vroedvrouw staan centraal. De wijzigingen in het beroepsprofiel van de vroedvrouw worden aan de hand van de bestaande literatuur geanalyseerd, vanuit een sterk wijzigend maatschappelijk beeld, waar de rol van de mannelijke dokter en het belang van gezondheidszorg exponentieel toenamen. Als aanloop, een korte toelichting over de (monopolie)positie van de vroedvrouw in het *Ancien Régime*.

II 1. DE VROEDVROUW VÓÓR DE 19DE EEUW

II.1.1. In de Oudheid en de Middeleeuwen

58. De schaarse betrouwbare bronnen leren dat de zorgverlening voor moeder en kind lang het exclusieve terrein van de vroedvrouw was. Het op de wereld zetten van een kind raakte in de Oudheid het mysterieuze en enkel ‘vroede vrouwen’ konden dit mysterie vatten.⁷³ ‘Vroed’ betekent ‘wijs’, zoals ook *sage* in de Franse term voor vroedvrouw (*sage-femme*) betekent. Deze vroedvrouwen waren meestal van rijpere leeftijd en hadden zelf – meestal veel - kinderen gebaard. De verwerving van kennis in de praktijk was typerend.⁷⁴ De Griekse medicus Soranus van Efese (2^{de} eeuw na Christus) nam geen genoegen met deze praktische deskundigheid en legde de lat hoger. In zijn *Gynaikeia* (een vierdelig werk over vrouwenandoeningen) benadrukte Soranus, naast het belang van een goed geheugen en krachtige benen van de vroedvrouw, vooral de noodzaak van theoretische kennis.⁷⁵ Pas eeuwen later drong deze gedachtegang in onze regionen door. De vroedvrouw verwierf intussen een monopoliepositie in het verzorgen en begeleiden van zwangerschap en bevalling.

59. Hoewel het assisteren van vrouwen in arbeid de kerntaak was van de vroedvrouwen, fungeerden ze, vooral vanaf de 14^{de} eeuw, ook als *auxiliaires de justice*. Vroedvrouwen onderzochten vondelingen, babylijkjes (om de doodsoorzaak te achterhalen) en pas bevallen vrouwen, die hun zwangerschap verborgen hielden (in geval van kindermoord). Op vraag van de rechtbank verrichtten ze expertises aan het lichaam, bijvoorbeeld om te weten of geslagen vrouwen

⁷³ J. DONNISON, *Midwives and medical men. A history of interprofessional rivalries and women's rights*, Londen, Heinemann, 1977, 1. (hierna: J. DONNISON, *Midwives and medical men*).

⁷⁴ C. DUPUIS, D. NAAKTGEBOREN en J. NOORDAM, *Een kind onder het hart: verloskunde, volksgeloof, gezin, seksualiteit en moraal vroeger en nu*, Amsterdam, Meulenhoff, 1987, 14. (hierna: C. DUPUIS, *Een kind onder het hart*).

⁷⁵ P. DEFOORT en M. THIERY, “De vroedvrouwen”, in: J. DE MAEYER (ed.), *Er is leven voor de dood: tweehonderd jaar gezondheidszorg in Vlaanderen*, Kapellen, Pelckmans, 1998, 214. (hierna: P. DEFOORT en M. THIERY, *De vroedvrouwen*); A. DELVA, *Vrouwengeneeskunde in Vlaanderen tijdens de late middeleeuwen*, Brugge, Genootschap voor Geschiedenis, 1983, 43-44. (hierna: A. DELVA, *Vrouwengeneeskunde*).

hun foetus zouden verliezen (zwaardere kwalificatie strafflacht) of om tekenen van verkrachting op te sporen. Ook kerkelijke rechtbanken deden een beroep op vroedvrouwen, onder meer om duidelijkheid te hebben over de maagdelijkheid van een echtgenote. Dit was belangrijk in het kader van een procedure tot annulatie van een huwelijk. Met deze gerechtelijke opdrachten groeide het maatschappelijk belang van de vroedvrouw en zo werden geleidelijk de eerste stapjes gezet in de richting van de juridisering van het beroep.⁷⁶

II.1.2. De positie van de vroedvrouw in de Vroegmoderne Periode⁷⁷

A. Geboorte van de gekwalificeerde vroedvrouw

60. Verschillende gemeentelijk uitgevaardigde reglementen op het einde van de 15^{de} eeuw normeerden de gekwalificeerde en beëdigde vroedvrouw.⁷⁸ De lokale overheden betaalden enkel gekwalificeerde stadsvroedvrouwen, die uitgestuurd werden om zeer arme vrouwen tijdens hun bevalling te assisteren.⁷⁹ Een leerperiode en een meesterproef brachten de vroedvrouw in de 16^{de} eeuw de nodige juridische basis voor de zelfstandige uitoefening van een professionele activiteit. In Brugge bijvoorbeeld dateerden de eerste statuten voor vroedvrouwen en de erkenning van het beroep van 1551 en in Parijs van 1560.⁸⁰ Dit betekende de geboorte van een professioneel en zelfbewust vroedvrouwenkorps.⁸¹

61. Kenmerkend voor de bijzondere positie van de vroedvrouw in de Nederlanden was de barensnoodattestatie, een verklaring van de vroedvrouw over de naam van de verwekker van een kind. De vroedvrouw had de plicht om bij een barende vrouw naar de naam van de vader te vragen. Ze deed dit op het hoogst pijnlijke moment van de weeën, in de veronderstelling dat een vrouw ‘in

⁷⁶ A. BIDON, *Les sages-femmes au Moyen-Age (3) Auxiliaires de justice au pouvoir redoutable*, 2001, 7, <http://www.neonatology.org/pdf/french.history.pdf>. (hierna : A. BIDON, *Les sages-femmes au Moyen-Age*) ; J.J. DE MEYER, *Recherches historiques sur la pratique de l'art des accouchements à Bruges depuis le XIVème siècle jusqu'à nos jours*, Brugge, De Pachtere, 1843, 11. (hierna : J.J. DE MEYER, *Recherches historiques*); A. DELVA, *Vrouwengeneeskunde*, 99-105.

⁷⁷ Geografisch gezien gaat het om het gebied van Frankrijk (onder de Bourbon dynastie (1589-1792)), de Zuidelijke Nederlanden (1581-1795 (vanaf 1713 Oostenrijkse Nederlanden)) en de Noordelijke Nederlanden (Republiek der Zeven Verenigde Nederlanden (1588-1795)).

⁷⁸ P. DEFOORT en M. THIERY, *De vroedvrouwen*, 215; A. DELVA, *Vrouwengeneeskunde*, 109.

⁷⁹ A. DELVA, *Vrouwengeneeskunde*, 108; B.C.M. JACOBS, *Justitie en politie in 's-Hertogenbosch voor 1629. De bestuursorganisatie van een Brabantse stad*, Maastricht, Van Gorcum, 1986, 102; J.J. DE MEYER, *Recherches historiques*, 9; J. GELIS, *La sage-femme ou le médecin, Une nouvelle conception de la vie*, Paris, Fayart, 1988, 26-27.

⁸⁰ A. DELVA, *Vrouwengeneeskunde*, 114-116; M. COULON-ARPIN, *La maternité et les sages-femmes, de la préhistoire au XXème siècle*, Parijs, Roger Dacosta, 1982, Tome II, 42. (hierna: M. COULON-ARPIN, *La maternité et les sages-femmes, de la préhistoire au XXème siècle*).

⁸¹ S. DE GRAEVE, “Gefnuikte zelfstandigheid: vroedvrouwen en verpleegsters in de marge van de vrije beroepen”, in L. VAN MOLLE en P. HEYRMAN (eds.), *Vrouwenzaken – zakenvrouwen: facetten van vrouwelijke zelfstandig ondernemerschap in Vlaanderen 1800-2000*, Gent, Provinciebestuur Oost-Vlaanderen, 2001, 140. (hierna: S. DE GRAEVE, *Gefnuikte zelfstandigheid*).

haar hoogste barensnood' de waarheid sprak. Een dergelijk attest was belangrijk in procedures betreffende ongehuwd moederschap, overspel of betwisting van het vaderschap.⁸²

62. Precies in de periode van de beroepserkenning van de gekwalificeerde vroedvrouw in de 15^{de} en 16^{de} eeuw, kende echter ook de heksenwaan haar hoogtepunt, waardoor vroedvrouwen vaak verdacht werden van duivelse praktijken (hekserij) als de bevalling fout liep.⁸³

B. De 'gouden' 17^{de} eeuw

63. De 17^{de} eeuw staat in de literatuur bekend als de gouden eeuw voor de vroedvrouw.⁸⁴ Ze nam voor die tijd een vrij zelfstandige en geëmancipeerde positie in, vrij uniek in een mannenmaatschappij.⁸⁵ Vooral het garanderen van een goede opleiding nam aan belang toe. Amsterdam bijvoorbeeld vaardigde een reglement uit, dat de vroedvrouw toeliet tot het examen voor het Collegium Obstetricum (een subcommissie van het Collegium Medicum) na het vervolledigen van vier praktijkjaren.⁸⁶ Hoewel de universiteit van Parijs elke toegang van kandidaat-vroedvrouwen weigerde, organiseerde de materniteit van het Hôtel-Dieu vanaf 1630 een vroedvrouwenopleiding van drie maanden.⁸⁷ Onder vroedvrouw Marguerite du Tertre, hoofd van de materniteit, werd de opleiding in 1675 zelfs naar drie jaar gebracht. Haar werk *Instructions familières pour les sages-femmes* moderniseerde tevens het onderwijs.⁸⁸ De Nederlandse vertaling in 1658 van *Observations diverses* (voornamelijk over liggingsafwijkingen) van de Franse

⁸² B. BLIKMAN-RUITERKAMP, "Verhoor in barensnood", *Provinciale Zeeuwse Courant*, 2005, afl. 2, 10; A. VAN MEETEREN, *Op hoop van akkoord. Instrumenteel forumgebruik bij geschillenbeslechting in Leiden in de zeventiende eeuw*, Hilversum, Verloren, 2006, 296; D. HELMERS, *Gescheurde bedden: oplossingen voor gestrande huwelijken, Amsterdam 1753-1810*, Hilversum, Verloren, 2002, 182; voor een voorbeeld van een barensnoodattestatie uit het Utrechts archief, zie

<http://www.hetutrechtsarchief.nl/collectie/archiefbank/indexen/akten/zoekresultaat?mivast=39&miadt=39&mizig=199&miview=ldt&milang=nl&micols=1&mires=0&mioie=&mip4=&mip3=&mip1=u250a001&mip2=122>.

⁸³ Zie voor heksenprocessen tegen vroedvrouwen in het Verenigd Koninkrijk en Frankrijk: T. FORBES, *The midwife and the witch*, New Haven, Yale University Press, 1966, 196 p; Zie voor heksenprocessen in de Nederlanden in het algemeen: J. MONBALLYU, *Van hekserij beschuldigd. Heksenprocessen in Vlaanderen tijdens de 16^{de} en 17^{de} eeuw*, Heule, UGA, 1996, 128 p; F. VANHEMELRYCK, *Het gevecht met de duivel. Heksen in Vlaanderen*, Leuven, Davidsfonds, 1999, 338 p; D. VANYSACKER, *Hekserij in Brugge, De magische leefwereld van een stadsbevolking, 16de-17de eeuw*, Brugge, Genootschap voor Geschiedenis, 1988, 204 p.

⁸⁴ S. DE GRAEVE, *Gefnuikte zelfstandigheid*, 140.

⁸⁵ H.L. HOUTZAGER, *Medicyns, vroedwijfs en chirurgijns: schets van de gezondheidszorg in Delft en beschrijving van het Theatrum Anatomicum aldaar in de 16e en 17e eeuw*, Amsterdam, Rodopi, 1979, 43.

⁸⁶ C. DUPUIS, *Een kind onder het hart*, 22; Het Collegium Medicum werd opgericht in 1638 te Amsterdam met als doel toezicht te houden op de activiteiten in de gezondheidszorg (voorloper van de geneeskundige commissie); Zie verder hoofdstuk IV.2.2.C.

⁸⁷ S. BEAUVALET-BOUTOUYRIE, *Naître à l'hôpital au XIX^e siècle*, Parijs, Belin, 1999, 27. (hierna: S. BEAUVALET-BOUTOUYRIE, *Naître à l'hôpital au XIX^e siècle*); H. CARRIER, *Origines de la Maternité de Paris. Les Maîtresses Sage-femmes et L'office Des Accouchées de L'ancien Hôtel-Dieu, 1378-1796*, Parijs, Steinheil, 1888, 78; M. COULON-ARPIN, *La maternité et les sages-femmes, de la préhistoire au XX^e siècle*, 16.

⁸⁸ O. MONTAZEAU en J. BETHUYS, *Histoire de la formation des Sages-Femmes en France*, Université Médicale Virtuelle Francophone, 2011-2012, 10, http://www.uvmf.org/UE-sante-societe-humanite/profession_SF/site/html/cours.pdf. (hierna: O. MONTAZEAU en J. BETHUYS, *Histoire de la formation des Sages-Femmes en France*).

vroedvrouw Louise Bourgeois vormde een belangrijke basis in de opleiding van vroedvrouwen.⁸⁹ Ook de Nederlandse vertaling in 1691 van Die Königlich Preußische und Chur-Brandenburgische Hof-Wehemutter (praktijkervaring over verloskundige complicaties) van de Duitse vroedvrouw Justina Siegemund liet zijn invloeden na in onze regionen.⁹⁰ Het notitieboek Memoryboek van de Vrouwen (verzameling van praktijkervaring) van vroedvrouw Catharina Gertraut Schrader, die zich op het einde van de 17^{de} eeuw vestigde in Dokkum, Friesland, gaf een uniek beeld weer over de verloskunde in die tijd.⁹¹

64. Naar het einde van de 17^{de} eeuw toe kelderde de voorname positie van de vroedvrouw. De mannelijke medicinae doctores (dokters) met groeiende interesse in de verloskunde en de mannelijke chirurgijnen (heelmeesters) gingen de vroedvrouw immers voor op de hiërarchische ladder.⁹² De dokter was theoretisch opgeleid aan een medische faculteit en beoefende de inwendige geneeskunde. De heelmeester genoot vooral een praktische opleiding en was beoefenaar van de uitwendige geneeskunde. Een vroedmeester was een heelmeester die zich toeleegde op de verloskunde.⁹³ Zowel de dokter als de vroedmeester hanteerde instrumenten zoals de forceps⁹⁴ binnen en buiten de muren van de hospitalen of gasthuizen. Lodewijk XIV verplichtte de vroedvrouwen om onderling vormen van samenwerking te organiseren (vooral op het platteland), wel onder toezicht van de vroedmeesters.⁹⁵ Deze laatsten assisteerden vooral welgestelde stadsvrouwen bij hun bevalling.⁹⁶ De verlossing van één van de maîtresses van Lodewijk XIV in 1680 door de Franse vroedmeester François Mauriceau had de deuren tot succes geopend voor alle toekomstige vroedmeesters. Een beroep doen op een vroedmeester werkte statusverhogend en kon op veel bijval rekenen van vrouwen uit de hogere sociale klasse. Zij meenden een soort van

⁸⁹ De Franse vroedvrouw Louise Bourgeois (1564-1640) was gehuwd met heelmeester Martin Bourcier, pupil van Ambroise Paré, die in de 16de eeuw belangrijke vooruitgang boekte in de techniek van versie en extractie van een dwarsligging. Bourgeois assisteerde de Franse koningin Maria de Médicis bij haar zes bevallingen; O. MONTAZEAU en J. BETHUYS, *Histoire de la formation des Sages-Femmes en France*, 9; G.J. WITKOWSKI, *Les accouchements à la Cour*, Parijs, Steinheil, 1890, 130-132; F. LEROY, *Histoire de naître, De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé*, Brussel, De Boeck Université, 2002, 170.

⁹⁰ G.J. KLOOSTERMAN, "Some obstetric comments on vrouw Shrader's notebook and memoirs" in H. MARLAND (ed.), *Mother and child were saved: The memoirs (1693-1740) of the Frisian Midwife Catharine Schrader*, Amsterdam, Rodopi, 1987, 30. (hierna: G.J. KLOOSTERMAN, *Some obstetric comments on vrouw Shrader's notebook and memoirs*); C. DUPUIS, *Een kind onder het hart*, 23-25; J. JAMAR en G. LUYKX, *Vroedvrouwenschool. 100 jaar moederschapzorg in Limburg*, Hilversum, Verloren, 2009, 13.

⁹¹ G.J. KLOOSTERMAN, *Some obstetric comments on vrouw Shrader's notebook and memoirs*, 6-8.

⁹² A. ROOS, "Een 'swaartigigh ampt'? Vroedvrouwen en vroedmeesters in Leiden in de 18^{de} eeuw" in Dirk van Eckstichting (ed.), *Jaarboek der sociale en economische geschiedenis van Leiden en omstreken*, Leiden, Dirk van Eckstichting, 1990, 20. (hierna: A. ROOS, *Een 'swaartigigh ampt'? Vroedvrouwen en vroedmeesters in Leiden in de 18^{de} eeuw*).

⁹³ J.Z.S. PEL, *Chirurgijns, doctoren, heelmeesters en artsen op het eiland Walcheren 1700-2000*, Middelburg, Koninklijk Zeeuwsch Genootschap der Wetenschappen, 2006, 10. (hierna: J.Z.S. PEL, *Chirurgijns, doctoren, heelmeesters en artsen op het eiland Walcheren 1700-2000*).

⁹⁴ De forceps of verlostang, waarmee een baby die knel zit in het bekken toch kan verlost worden, is een creatie van de Engelse heel-en vroedmeester P. Chamberlen in de 17^{de} eeuw, zie C. DUPUIS, *Een kind onder het hart*, 28-31.

⁹⁵ Y. KNIBIEHLER, *Histoire des mères et de la maternité en occident*, Parijs, PUF, 2000, 40.

⁹⁶ A. ROOS, *Een 'swaartigigh ampt'? Vroedvrouwen en vroedmeesters in Leiden in de 18^{de} eeuw*, 20.

bescherming te ontvangen via de ‘autoriteit’ van de vroedmeester, vandaar de term ‘social protector’.⁹⁷ De vroedvrouw verloor terrein en vond geen toegang tot de hospitalen.⁹⁸

C. Contrast tussen verwetenschappelijking verloskunde en gebrekkige opleiding vroedvrouw

65. In de late 17^{de} en de 18^{de} eeuw ontwikkelde de verloskunde zich volledig als wetenschap. Voortrekkers waren onder meer Mauriceau en de Vlaamse vroedmeester Jan Palfyn, onder meer bekend voor het invoeren van de forceps in Vlaanderen. De verwetenschappelijking van de verloskunde stond in schril contrast met de geringe opleiding van de vroedvrouwen.⁹⁹ Het werk van de vroedmeester Hendrik van Deventer (oorspronkelijk een goudsmid uit Leiden) *Manuele operatien zijnde nieuw licht voor vroedmeesters en vroedvrouwen*, gepubliceerd in 1701, bracht nieuwe inzichten en vormde de basis voor een theoretische opleiding van de vroedmeester en de vroedvrouw.¹⁰⁰

66. Een ingrijpen in de opleiding bleek steeds noodzakelijker, want de achttiende-eeuwse vroedvrouw werd afgeschilderd als onwetend, vaak analfabeet en alleen in het bezit van praktische kennis. De weinig rooskleurige beschrijving van de vroedvrouw door heelmeester Petrus Joannes Van Bavegem uit Dendermonde liet weinig aan de verbeelding over: “*Ongeacht alle heilzaeme Ontdekkingen en Verbeteringen [...] schynt de Sterfte van Kinderen en Vrouwen [...] maar zeer weinig verminderd te zyn; waer van ik nu geen andere reden weet te geven, dan aen de menigvuldige strafbaere, styfhoofdige, laetdunkende, en onkundige Vroedvrouwen*”.¹⁰¹ Ook de Leidse dokter en stadsvroedmeester Cornelius Terne was overtuigd van de onbekwaamheid van de toenmalige vroedvrouwen: “*De meeste vroedvrouw zyn dom, roekeloos, onweetende en grouwelijk brutaal, zijnde veel beter voor de visbank, spinnewiel, pluissplank en ander ruuwwerk geschikte...*”.¹⁰² Deze negatieve beeldvorming was vooral het gevolg van het gebrek aan opleiding en de concurrentiële relatie tussen de vroedvrouwen en de mannelijke dokters en vroedmeesters.¹⁰³ De heelmeesters

⁹⁷ C. HANSON, *A cultural history of pregnancy, Medicine and Culture, 1750-2000*, Londen, Palgrave Macmillan, 2004, 20.

⁹⁸ J. DONNISON, *Midwives and medical men*, 20; P. DEFOORT en M. THIERY, *De vroedvrouwen*, 215; C. DUPUIS et al., *Een kind onder het hart*, 25.

⁹⁹ M. THIERY en P. DEFOORT, “De verloskunde” in J. DE MAEYER (ed.), *Er is leven voor de dood: tweehonderd jaar gezondheidszorg in Vlaanderen*, Kapellen, Pelckmans, 1998, 187. (hierna: M. THIERY en P. DEFOORT, *De verloskunde*).

¹⁰⁰ M. NIEMEIJER, “Een voor de samenleving nuttig drielal (huisarts, vroedvrouw, verpleegkundige)”, *Vlaams Geneeskundig Tijdschrift*, 1931, 984; M. THIERY en P. DEFOORT, *De verloskunde*, 189; C. DUPUIS, *Een kind onder het hart*, 27.

¹⁰¹ L. ELAUT, *Voortgezet onderricht voor vroedvrouwen in de kastelenij van Aalst op het einde van de 18e eeuw*, Aalst, De aankondiger, 1956, 1. (hierna: L. ELAUT, *Voortgezet onderricht voor vroedvrouwen*).

¹⁰² A.J. VAN REEUWIJK, *Vroedkunde en vroedvrouwen in de Nederlanden in de 17de en 18de eeuw*, Amsterdam, Druk Amaco, 1941, 51 en 55. (hierna: A.J. VAN REEUWIJK, *Vroedkunde en vroedvrouwen in de Nederlanden in de 17de en 18de eeuw*).

¹⁰³ H.A. VAN DER BORG, *Vroedvrouwen: beeld en beroep. Ontwikkelingen in het vroedvrouwschap in Leiden, Arnhem, 's Hertogenbosch en Leeuwarden, 1650-1865*, Wageningen, Wageningen Academic Press, 1992, 43 en 132; A.J. VAN REEUWIJK, *Vroedkunde en vroedvrouwen in de Nederlanden in de 17de en 18de eeuw*, 56-59.

genoten sinds 1700 een vierjarige opleiding van een meesterheelmeeester, georganiseerd binnen de gilden. Na het slagen voor het examen verkregen ze een ‘acte van vrijheid’ waarmee ze zich konden vestigen.¹⁰⁴

67. Het onderscheid tussen de beoefenaars van de verloskunde met instrumenten en de vroedvrouwen die geen instrumenten mochten hanteren, zette zich verder in de 18^{de} eeuw. Petrus Camper, professor verloskunde aan de universiteit te Groningen, was een voorvechter van een degelijke opleiding en billijke honorering van de vroedvrouwen. Hij leerde de vroedvrouwen de techniek van ‘kering op de voet’ van stuitligging naar een hoofdligging, omdat daar technisch gezien geen instrumenten, alleen handen voor nodig waren.¹⁰⁵

68. Een goede opleiding was een absolute must voor de vroedvrouw.¹⁰⁶ Een van de grondleggers van het vroedkundige onderwijs in de tweede helft van de 18de eeuw was Angélique Marguerite Le Boursier-Du Coudray (1712-1794), gevestigd als vroedvrouw in Parijs. In 1752 schreef ze het praktijkboek *Abrégé de l'art des Accouchements*. Vooral het gebruik van een mechanisch obstetrisch model (fantoom) was een *boost* voor het praktisch onderwijs.¹⁰⁷ Met instemming van Lodewijk XV onderwees Le Boursier-Du Coudray in verschillende Franse provincies kandidaat-vroedvrouwen.¹⁰⁸

69. In de Nederlanden was heelmeeester Jan Bernard Jacobs (1734-1790) cruciaal voor de educatie van vroedvrouwen. Hij was gepassioneerd door de manier van lesgeven van Le Boursier-Du Coudray, die toen ook les gaf in Ieper. Jacobs mocht de kandidaat-vroedvrouwen op de *Ecole royale et supérieure d'accouchements* (opgericht in 1778 in Gent¹⁰⁹) opleiden en doceerde vanaf 1784 uit zijn handboek *Vroedkundige Oeffenschool*, uitmuntend door zijn didactische opbouw en realistische illustraties inzake het assisteren bij pathologische bevallingen.¹¹⁰

¹⁰⁴ J.Z.S. PEL, *Chirurgijns, doctoren, heelmeeesters en artsen op het eiland Walcheren 1700-2000*, 10.

¹⁰⁵ C. DUPUIS, *Een kind onder het hart*, 33.

¹⁰⁶ J. RAULIN, *Kort-bondig onderwys aengaende de vroed-kunde, ten voordeele van de vroed-vrouwen ten platten lande ...* (uit het Frans vertaald), Gent, Judocus Begyn, 1771.

¹⁰⁷ A.M. LE BOURSIER DU COUDRAY, *Abrégé de l'art des accouchements: dans lequel on donne les préceptes nécessaires pour le mettre heureusement en pratique : on y a joint plusieurs observations intéressantes sur des cas singuliers*, Châlons-sur-Marne, chez Bouchard, 1773; J. GELIS, *De boom en de vrucht: zwangerschap en bevalling voor de medicalisering*, Nijmegen, SUN, 1987, 254; M. DE SCHUITENEER, *Obiit in partus doloribus. Onderzoek naar de kraambedsterfte in Gent en omgeving in de 2de helft van de 18de eeuw*, onuitg. masterproef Letteren Universiteit Gent, 2009, 49-52.

¹⁰⁸ T. VAN BORTEL, “Climbing up the medical ladder: the surgeon-accoucheur Jan Bernard Jacobs”, *Acta Chir. Belg.* 2007, 228-229; P. DEFOORT en M. THIERY, *De vroedvrouwen*, 215.

¹⁰⁹ De eerste vroedvrouwenschool in Gent werd opgericht in 1771 door de geneesheer Pieter Damman. Gelet op het sterk theoretisch karakter van de opleiding, had de inrichting van de vroedvrouwencursus echter weinig success; L. MUYS, *Vroedvrouwen in beweging: een historische analyse van de totstandkoming en ontwikkeling van de 'ecole royale et supérieure d'accouchements' te Gent (tweede helft 18e eeuw)*, onuitg. licentiescriptie Letteren en Wijsbegeerte Universiteit Gent, 1989, 34-36.

¹¹⁰ J.Z.S. PEL, *Chirurgijns, doctoren, heelmeeesters en artsen op het eiland Walcheren 1700-2000*, 10; S. DE VEIRMAN, *Oost-Vlaamse vroedvrouw in het Ancien Regime en begin 19de eeuw. Een levensloopanalyse van 32 vroedvrouwen uit het Land Van Aalst*, onuitg. licentiescriptie Letteren en Wijsbegeerte Universiteit Gent, 2009, 36-38.

II 2. EVOLUTIES VAN HET STATUUT VAN DE VROEDVROUW IN DE 19DE EEUW

II.2.1. De eerste wetgeving op de geneeskunde in de revolutionaire periode

A. De Franse revolutie¹¹¹

70. De Franse revolutie maakte *tabula rasa* van alle medische opleidingen, ook die van de vroedvrouwen en de heel-en vroedmeesters in de gilden.¹¹² Het decreet d'Allarde¹¹³ en de wet Le Chapelier van 1791¹¹⁴ verboden elke vorm van vereniging van beroepsbeoefenaars en/of prijsafspraken. Vrijheid van ondernemen was troef. De wet van 18 augustus 1792 supprimeerde alle onderwijsinstellingen. Het decreet van 8 augustus 1793 hief de werkzaamheden van alle academies op en het decreet van 15 september 1793 betekende de sluiting van alle faculteiten. Dit zorgde voor anarchie en zette de deur open voor kwakzalvers en bakkers, die zonder enige medische opleiding respectievelijk de algemene geneeskunde en de verloskunde beoefenden, ten nadele van de deskundigheid van de zorgverlening.¹¹⁵

71. De wet van 4 december 1794 zette terug een (driejarige) medische opleiding op de kaart. In Parijs, Montpellier en Straatsburg werd een *École de Santé* opgericht, die in 1797 de nieuwe medische faculteiten werden. Onder meer door de hoge neonatale sterfte, groeide ook de noodzaak aan goed opgeleide vroedvrouwen.¹¹⁶ Onder toezicht van de Franse minister van binnenlandse zaken Jean Antoine Chaptal (1756-1832) opende in 1802 de nationale school *l'Ecole de l'Hospice de la Maternité*, die een opleiding van zes maanden voorzag voor kandidaat-vroedvrouwen. De vroedvrouw Marie-Louise Dugès Lachapelle (1769-1821) zwaaide er de scepter en haar beleid kon op veel bijval rekenen.¹¹⁷ Dugès, ook wel 'veuve Lachapelle' genoemd omdat haar echtgenoot M. Lachapelle (heelmeester in het *hôpital Saint-Louis*) drie jaar na hun huwelijk stierf, werd in 1775 benoemd tot adjunct hoofd van de materniteit van Hôtel-Dieu in Parijs. Ze benadrukte in haar beleid het belang van de afscheiding van de zwangere vrouwen van zieke patiënten en creëerde de '*l'Hospice de la Maternité*', waaraan de school voor vroedvrouwen gekoppeld werd.¹¹⁸

¹¹¹ Inclusief de '*Neuf Départements Réunis*' vanaf 1 oktober 1795.

¹¹² W. FRIJHOFF, "Medische beroepen en verzorgingspatroon in de Franse tijd: een dwarsdoorsnede", *Tsch.Gcsch.Gnk.Natuurw.Wisk.Techn* 1985, afl. 8, 92-122; P. DEFOORT en M. THIERY, *De vroedvrouwen*, 216.

¹¹³ Décret 2 -17 mars 1791 portant suppression de tous les droits d'aides, de toutes les maîtrises et jurandes, et établissement de patentes (Décret d'Allarde); Opgeheven door Wet 28 februari 2013 tot invoering van het wetboek van economisch recht, BS 29 maart 2013.

¹¹⁴ Loi Le Chapelier du 14 juin 1791; J. DEFERME, *Uit de ketens van de vrijheid : het debat over de sociale politiek in België*, Leuven, Universitaire Pers Leuven, 2007, 30.

¹¹⁵ La médecine aux XVIIe et XVIIIe siècles, http://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/divers_institutions/medecine_4_17-18.html.

¹¹⁶ J.Z.S. PEL, *Chirurgijns, doctoren, heelmeesters en artsen op het eiland Walcheren 1700-2000*, 10.

¹¹⁷ S. BEAUVALET-BOUTOUYRIE, *Naître à l'hôpital au XIX^e siècle*, 107-108; Zie uitgebreid: A. DELACOUX, "Lachapelle (Marie-Louise Dugès, veuve)" in A. DELACOUX (ed.), *Biographies des sages-femmes célèbres anciennes, modernes et contemporaines*, Parijs, Trinquart, 1833, 97-106.

¹¹⁸ F. CHAUSSIER, *Notice historique sur la vie et les écrits de Mme Lachapelle, décédée sage-femme en chef de la maison d'accouchement*, Parijs, Huzard, 1823, 22 p.

72. In het verlengde hiervan stelde de *Loi du 19 ventôse an XI relative à l'exercice de la médecine* (wet van 10 maart 1803) paal en perk aan de uitoefening van de geneeskunde zonder diploma.¹¹⁹ Elke zorgverlener moest zich registreren op een lijst, bijgehouden door de rechtbank van eerste aanleg en lokaal op departementsniveau.¹²⁰ De dokters (*docteurs en médecine ou en chirurgie*¹²¹) mochten de genees-en/of heelkunde uitoefenen, na een opleiding van vier jaar aan één van de medische faculteiten in Parijs, Montpellier, Straatsburg, Turijn, Mainz en Genua. Daarnaast waren er de *officiers de santé* die beperkt de geneeskunde mochten beoefenen na het volgen van zes jaar stage bij een dokter of vijf jaar stage in een (burgerlijk of militair) hospitaal of na een driejarige opleiding in een school voor geneeskunde. Ook op basis van jarenlange ervaring, maar zonder erkend diploma konden ze een certificaat verkrijgen.¹²² De *officiers de santé* werden vooral ingezet bij epidemieën zoals cholera en de pest en minder ernstige aandoeningen.¹²³ Operaties mochten ze uitvoeren, maar enkel onder toezicht van een dokter. Het onderscheid tussen de bevoegdheden van alle beoefenaars van de geneeskunde was eenvoudig. De wet voorzag geen opleiding tot vroedmeester, hetgeen definitief een einde stelde aan dit beroep in Frankrijk.

73. De *Loi du 19 ventôse an XI* reguleerde ook de opleiding van de vroedvrouwen. Er waren twee mogelijkheden. Een vroedvrouw, werkzaam in gans Frankrijk volgde een opleiding aan één van bovenvermelde faculteiten en slaagde voor het examen, afgenomen door de medische jury van die faculteit. Een vroedvrouw werkzaam in één bepaald departement slaagde voor het examen van de medische jury van die departementale instelling en had minstens tweemaal een speciaal ingerichte cursus gevolgd en een stage voldaan.¹²⁴ Vroedvrouwen mochten enkel instrumenten (zoals de forceps) gebruiken bij moeilijke (*laborieux*) bevallingen, zonder de assistentie van een dokter.¹²⁵ De toelating om de forceps te gebruiken werd ingetrokken door het ministerieel besluit van 25 augustus 1812. Alleen het gebruik van een schaar, blaassonde, canules voor vaginale en intra-uterine injecties, naalden om het perineum te hechten en een laryngeale tube voor reanimatie waren nog toegelaten.¹²⁶ Deze bevoegdheden werden de Franse vroedvrouw nooit meer afgenomen

¹¹⁹ *Loi du 19 ventôse an XI relative à l'exercice de la médecine*, hierna *Loi du 19 ventôse an XI*.

¹²⁰ Art. 35 *Loi du 19 ventôse an XI*.

¹²¹ Een 'chirurgien' was een 'docteur en chirurgie', niet een heelmeester, die oorspronkelijk hiërarchisch gezien onder de dokter stond.

¹²² R. SCHEEPERS, *Opkomst van het Medisch beroep in België: de evolutie van de wetgeving en de beroepsorganisatie in de 19de eeuw*, Amsterdam, Rodopi, 1989, 33-35; (hierna: R. SCHEEPERS, *Opkomst van het Medisch beroep in België: de evolutie van de wetgeving en de beroepsorganisatie in de 19de eeuw*); La médecine aux XVIIe et XVIIIe siècles, http://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/divers_institutions/medecine_4_17-18.html; De opleiding tot *officier de santé* werd bij decreten 22 augustus 1854 en 23 augustus 1873 afgeschaft.

¹²³ J. LEONARD, "Les Officiers de santé de la Marine Française de 1814 à 1835", *Annales de Bretagne* 1969, vol 76, 610-617.

¹²⁴ In de Franse periode werd in 1806 in het Brugse Sint-Janshospitaal een provinciale school voor vroedvrouwen opgericht.

¹²⁵ Art. 33 *Loi du 19 ventôse an XI*; P. DELAUNAY, *La Maternité de Paris: Port-Royal de Paris, Port-Libre, L'Hospice de la Maternité, L'École des sages-femmes et ses origines (1625-1907): notes & documents*, Parijs, Librairie médicale et scientifique, Jules Roussel, 1909, 253.

¹²⁶ S. BEAUVALET-BOUTOUYRIE, *Naître à l'hôpital au XIX^e siècle*, 191.

en contrasteerden met de beperktere bevoegdheden van de (toekomstige) Belgische en Nederlandse vroedvrouw (zie verder).¹²⁷

B. De Noordelijke Nederlanden¹²⁸

74. In 1798 werden in de Noordelijke Nederlanden, onder de Bataafse Republiek, de gilden afgeschaft en zo ook de opleiding van heelmeesters. Vanaf 1801 mochten de heel-en vroedmeesters en de vroedvrouwen zich pas vestigen nadat ze door de *Departementale Commissies voor Geneeskundig Onderzoek en Toevoorzigt* waren geëxamineerd.¹²⁹ Volgens instructies van de minister van Binnenlandse Zaken van 12 september 1806 (nr. 19) en 24 december 1810 (nr. 6) werd een student-vroedvrouw, na het volgen van vier jaar praktische lessen bij een ‘ervaren’ vroedvrouw¹³⁰ en het uitvoeren van twaalf bevallingen, toegelaten om het eindexamen af te leggen voor de bevoegde geneeskundige commissie.¹³¹ In 1815 promoveerden dokters in de geneeskunde ook in de heilkunde (*doctor chirurgiae*) of de verloskunde (*doctor artis obstetricae*). De cumul van de drie titels was verboden.¹³²

II.2.2. Wetgeving op de geneeskunde in het Verenigd Koninkrijk der Nederlanden

75. Na het Congres van Wenen (1814-1815) kwamen de Noordelijke en Zuidelijke Nederlanden samen in het Verenigd Koninkrijk onder Willem van Oranje-Nassau. De wet van 12 maart 1818 ‘ter regeling van hetgene betrekkelijk is tot de uitoefening van de verschillende takken der geneeskunde’ legde de beroepsverhoudingen tussen de medici vast.¹³³ Deze wet beschermde de beoefenaars van de geneeskunde: de dokter, de (stads-, plattelands- of scheeps-)heelmeester, de vroedmeester, de vroedvrouw, de apotheker, de oogmeester, de tandarts, de drogist en de herborist. Onwettig de geneeskunde beoefenen kon aanleiding geven tot een boete en voor een zorgverlener, die voor de derde maal de grenzen van zijn/haar bevoegdheid overschreed, tot een schorsing (‘intrekking van patent’).¹³⁴ Deze kaderwet hief in onze regionen alle Franse reglementeringen inzake de uitoefening van de geneeskunde op.

¹²⁷ Voor de evolutie van het beroepsprofiel van de Franse vroedvrouw vanaf de restauratieperiode, zie hoofdstuk II.6.

¹²⁸ De Noordelijke Nederlanden zijn onafhankelijk gebleven tijdens de Franse revolutie, met uitzondering van de periode tussen 1810-1813.

¹²⁹ J.Z.S. PEL, *Chirurgijns, doctoren, heelmeesters en artsen op het eiland Walcheren 1700-2000*, 9; E.M. KOEN, *Archief van het Collegium Medicum, Collegium Obstetricum en Plaatselijke Commissie van Geneeskundig Toevoorzicht*, nr. 27, Stadsarchief Amsterdam, <https://stadsarchief.amsterdam.nl/archieven/archiefbank/overzicht/27.nl.html>.

¹³⁰ Deze vroedvrouw diende minstens vijf jaar praktijkervaring te hebben.

¹³¹ *Pand. b.*, v° *Accoucheur*, nr. 62.

¹³² J.Z.S. PEL, *Chirurgijns, doctoren, heelmeesters en artsen op het eiland Walcheren 1700-2000*, 9.

¹³³ Wet 12 maart 1818 ter regeling van hetgene betrekkelijk is tot de uitoefening van de verschillende takken der geneeskunde, *Stb* 1818 no. XVI, hierna kaderwet van 1818; G.W. BRUINSMA, “De geneeskundige wetgeving in Nederland en de ontwerpen tot herziening”, *De Gids*, 1886, 76-79.

¹³⁴ Art.19 kaderwet van 1818.

76. De *officier de santé* verloor aan terrein. Indien hij zich wilde vestigen in een nieuwe regio, die ressorteerde onder de bevoegdheid van een andere provinciale commissie, dan diende hij het diploma van plattelandsheermeester te behalen. Hoogst in rang stond de *medicinae doctor*, die een afzonderlijke titel kon behalen in de *art chirurgiae* (chirurgie), *art obstetriciae* (verloskunde) of *art pharmaceuticae* (farmacie). Cumul was verboden. De onwettige uitoefening van een dergelijk beroep of de uitoefening van het beroep in strijd met deze wet kon leiden tot een geldboete en/of gevangenisstraf.¹³⁵ De wet bood de strijd aan met ‘kwakzalvers’, die zonder het vereiste getuigschrift de geneeskunde beoefenden.¹³⁶ De wet werd verder uitgewerkt in verschillende richtlijnen van 31 mei 1818, maar die bleven in eerste instantie zonder rechtskracht, bij gebreke aan officiële publicatie, hetgeen resulteerde in straffeloosheid.¹³⁷

77. De kaderwet van 1818 was op het eerste zicht geen zegen voor het beroep van vroedvrouw. Haar bevoorrechte positie binnen de zorgverlening voor moeder en kind was een definitief afgesloten hoofdstuk.¹³⁸ De juridische ondergeschiktheid van de vroedvrouw ten opzichte van de vroedmeester en de dokter in de verloskunde was een feit.¹³⁹ Volgens de instructie van 31 mei 1818 kreeg de vroedmeester het monopolie (*de praktijk der verloskunde in zijn hele omvang, zowel in de natuurlijke als in de niet-natuurlijke gevallen*) en mocht alleen hij, naast de dokter in de verloskunde, verloskundige instrumenten gebruiken en in noodsituaties een remedie (geneesmiddel) voorschrijven.¹⁴⁰ Riep een vroedvrouw een vroedmeester om assistentie, dan diende hij de provinciale geneeskundige commissie te verwittigen als hij van mening was dat de vroedvrouw hem te laat had geroepen. De vroedvrouw mocht volgens een gelijkaardige instructie van 31 mei 1818 enkel optreden bij natuurlijke bevallingen of bevallingen ‘die ze met de hand ten uitvoer bracht’, zonder instrumenten te gebruiken.¹⁴¹ De vroedvrouw was verplicht om zo spoedig mogelijk bij elke gevaarsituatie of pathologie een dokter in de verloskunde of vroedmeester te verwittigen. Kwamen deze niet spoedig, dan was het verwittigen van een collega-vroedvrouw verplicht.¹⁴² Vaccineren was een bevoegdheid van de dokter.¹⁴³

¹³⁵ Cass. 10 december 1855, *Pas.* 1856, 7 en *BJ* 1856, 977 (strafzaak inzake beroepsuitoefening van apotheker).

¹³⁶ R. SCHEEPERS, *De opkomst van het medisch beroep in België: de evolutie van de wetgeving en de beroepsorganisatie in de 19de eeuw*, 68 en 225.

¹³⁷ Zie uitgebreid hoofdstuk III.1.2.

¹³⁸ *Pand. b.*, v° *Sage-femme*, nr. 8.

¹³⁹ P. DEFOORT en M. THIERY, *De vroedvrouwen*, 216.

¹⁴⁰ Instructie 31 mei 1818 voor de vroedmeesters in het Koninkrijk der Nederlanden, *Pasin* 1818, 438.

¹⁴¹ De vroedvrouw kon wel veel doen met haar handen om te bevalling te bespoedigen, zie hierover A.C. LADOS, *Lessen over de verloskunde gegeven aan de leerling vroedvrouwen en de verloskundige school te Gent*, Gent, H. Hoste boekhandelaar, 1854, 303-340. (hierna: A.C. LADOS, *Lessen over de verloskunde gegeven aan de leerling vroedvrouwen en de verloskundige school te Gent*)

¹⁴² Instructie 31 mei 1818 voor de vroedvrouwen in het Koninkrijk der Nederlanden, *Pasin* 1818, 441; X. RYCKMANS, J. ZWICK, en M. DE LAET, *Les droits et les obligations des médecins, ainsi que des dentistes, accoucheuses et infirmières et gardes-malades*, Brussel, Larcier, 1954, 624-625.

¹⁴³ Art. 3 Instructie 31 mei 1818 voor de dokters in het Koninkrijk der Nederlanden, *Pasin* 1818, 432.

78. Ook de werking van de geneeskundige commissie kreeg een juridisch platform. In veel steden werd een plaatselijke commissie, bestaande uit dokters, heelmeesters, vroedmeesters en apothekers (geen vroedvrouwen) opgericht. De commissies fungeerde als een adviesorgaan betreffende medische aangelegenheden en een controleorgaan voor de beoefening van de verschillende takken van de geneeskunde.¹⁴⁴ De controle bestond enerzijds uit de beoordeling van de bekwaamheid op het examen (niet voor de dokters)¹⁴⁵ en het onderzoeken van klachten over onzorgvuldige praktijken. Zij reikten ook de getuigschriften van beroepsbekwaamheid uit.¹⁴⁶ Elke beroepsbeoefenaar moest op de lijst van de bevoegde commissie staan teneinde zijn/haar beroep wettig te kunnen uitoefenen.¹⁴⁷

79. Het ministerieel besluit van 7 oktober 1818 verklaarde de onderwijsrichtlijnen van 1806 en 1810 toepasselijk in alle provincies.¹⁴⁸ De organisatie van een school voor vroedvrouwen en heelmeesters werd voor het eerst geregeld in het koninklijk besluit van 6 januari 1823.¹⁴⁹ Voorwaarden om deel te nemen aan de opleiding voor vroedvrouw waren: tussen de twintig en dertig jaar zijn, in goede gezondheid verkeren, kunnen lezen en schrijven en een bewijs van ‘goed gedrag’ van de lokale overheid afleveren. De student-vroedvrouw diende twee jaar lessen te volgen bij heel- en vroedmeesters, minstens twee lessen per week van drie uren, waarin praktijk en theorie aan bod kwamen, onder meer anatomie, chemie, farmacie en pathologische verloskunde. In het tweede jaar mocht de student-vroedvrouw in de “leerschool” bij een ervaren vroedvrouw. Na het zelfstandig uitvoeren van twaalf bevallingen bij deze volleerde vroedvrouw en het slagen voor het eindexamen verkreeg de studente het getuigschrift van vroedvrouw door de geneeskundige commissie. De opleiding tot vroedmeester bestond uit twee jaar theorie, twee jaar praktijk en een eindexamen.¹⁵⁰

II.2.3. Juridisering van de Belgische opleiding tot vroedvrouw na de kaderwet

A. De Belgische wet op het hoger onderwijs

80. Een belangrijke wijziging deed zich voor na de Belgische onafhankelijkheid.¹⁵¹ De kaderwet van 1818 bleef overeind, maar door de onderwijshervormingen van de organieke wet op het hoger

¹⁴⁴ Art. 7 kaderwet van 1818 *juncto* 13 KB 31 mei 1818 houdende een Reglement betreffende het Geneeskundig Onderzoek en Toevoorzigt, *Stb* 1818 no. 25, hierna KB Geneeskundig onderzoek.

¹⁴⁵ Art. 9 kaderwet van 1818; Dokters legden hun examen af voor de medische faculteit, niet voor de geneeskundige commissie.

¹⁴⁶ Art. 1 en 4 kaderwet van 1818.

¹⁴⁷ Art. 25 KB Geneeskundig Onderzoek, zie verder hoofdstuk III.1.1.A.

¹⁴⁸ *Pand. b.*, v° *Accoucheur*, nr. 58.

¹⁴⁹ KB 6 januari 1823 tot goedkeuring van het reglement op de organisatie van de onderwijsinstellingen voor de heelmeesters en vroedvrouwen, *Pasin* 1823, 252; *Pand. b.*, v° *Accoucheur*, nr. 64.

¹⁵⁰ *Pand. b.*, v° *Accoucheur*, nr. 71-73. Volgende scholen werden opgericht: Doornik en Bergen (1826), Luik en Gent (1827), Brussel (1834) en Hasselt en Namen (1837).

¹⁵¹ Zie voor de verdere evolutie van het beroepsprofiel van de Nederlandse en Franse vroedvrouw, hoofdstuk II.5 en II.6.

onderwijs van 27 september 1835 (wet De Theux) werden geen getuigschriften meer uitgereikt aan heel-en vroedmeesters.¹⁵² Enkel de dokter in de geneeskunde kon een bijkomende titel (na een bijkomend examen) behalen in de heel- en/of verloskunde. Het beroep van heel- en vroedmeester verdween aldus van het terrein in de tweede helft van de 19^{de} eeuw.¹⁵³ De vroedvrouw stond oog in oog met de (mannelijke) doctor in de genees- heel- of verloskunde.

B. Invloed medicalisering

81. Het tweesporenbeleid was kenmerkend voor de 19^{de} eeuw. Enerzijds zette de tweedeling tussen de officiële vroedvrouw en de illegale vroedvrouw (de achterwaarster, de matrone, de baker) zich verder en verkreeg die een definitief karakter. De officiële vroedvrouw werd een opgeleide zorgverlener die van het bijstaan van vrouwen tijdens de bevalling haar beroep maakte. De baker bleef de occasionele hulpverleenster in de lokale gemeenschap.¹⁵⁴

82. Decennia gingen voorbij zonder enige aanpassing van het juridisch kader van de opleiding tot vroedvrouw, ondanks de aandacht van verschillende dokters, die zich bekommerden om het onderwijs voor vroedvrouwen, teneinde onder meer de zuigelingensterfte in te dijken.¹⁵⁵

83. Een adequate wetenschappelijke opleiding was cruciaal om een volwaardige partner te worden van de universitair opgeleide dokter, die een nooit eerder geziene opgang maakte in de 19^{de} eeuw, de eeuw van de medicalisering van de zorgverlening.¹⁵⁶ Dit betekende vooral de professionalisering van het medisch beroep, maar ook een terreinafbakening en een *jalousie de métier* tussen concurrenten.¹⁵⁷ In de geschiedenis van de geneeskundige behandeling van vrouwen was de medicalisering alomtegenwoordig. Toonaangevend in die tijd was immers het medisch denkbild rond de baarmoeder als almachtig orgaan: “*as if the Almighty in creating the female sex, had taken the uterus and built up a woman around it*”, aldus de Amerikaanse hoogleraar G.H. Hubbard (in een toespraak in 1870).¹⁵⁸ Allerhande kwalen van psychische aandoeningen (hysterie is verwant met *hystera*, het Griekse woord voor baarmoeder), hoofdpijn tot rugpijn werden toegeschreven aan het

¹⁵² BS 28 september 1837.

¹⁵³ K. VELLE, “De vroedvrouwen in de 19de eeuw. Een beroep in de verdrukking?”, *Oostvlaamse zanten* 1990, 84. (hierna: K. VELLE, *De vroedvrouwen in de 19de eeuw*).

¹⁵⁴ S. GRAYSON, *De vroedvrouw en de achterwaarster. Concurrentie of samenwerking inzake geboortepraktijken in Oost- en West-Vlaanderen in de 19de eeuw*, onuitg. licentiescriptie Geschiedenis Universiteit Gent, 2009, 130.

¹⁵⁵ L. ELAUT, *Voortgezet onderricht voor vroedvrouwen*, 1-29; A.C. LADOS, *Lessen over de verloskunde gegeven aan de leerling vroedvrouwen en de verloskundige school te Gent*, 303-340; G. LEOPOLD, J.W. PORTINGEN en P. ZWEIFEL, *Leerboek der verloskunde voor leerling-vroedvrouwen en vroedvrouwen*, Amsterdam, Delsman & Nolthenius, 1897, 412 p.

¹⁵⁶ K. VELLE, “Medicalisering in België in historisch perspectief: een inleiding”, *Belgisch Tijdschrift voor filologie en geschiedenis*, 1986, 256-285.

¹⁵⁷ K. VELLE, “Geneeskunde en de Rooms Katholieke kerk (1830-1940): een moeilijke verhouding?”, *Trajecta*, 1995, afl. 4, 2. (hierna: K. VELLE, *Geneeskunde en de Rooms Katholieke kerk (1830-1940): een moeilijke verhouding*); J.Z.S. PEL, *Chirurgijns, doctoren, heelmeesters en artsen op het eiland Walcheren 1700-2000*, 12.

¹⁵⁸ Geciteerd in M.L. HOLBROOK, *Parturition without pain. A code of directions for escaping the primal curse*, New York, Wood & Holbrook, 1874, 15.

niet optimaal functioneren van de baarmoeder, met allerlei ingrepen en therapieën tot gevolg.¹⁵⁹ Het huidige verloskundig zorgmodel, op biomedische ideologie gesteund, vond hier zijn oorsprong.¹⁶⁰

84. Pas in 1884 sleutelde de Belgische wetgever aan de opleiding tot vroedvrouw door een nieuw examenprogramma vast te leggen.¹⁶¹ Een student-vroedvrouw mocht aan het eindexamen deelnemen na twee jaar opleiding aan een school die verbonden was aan een ziekenhuis. Ze kon ook kiezen om meteen praktijkervaring op te doen door het volgen van twee jaar stage bij een dokter of een vroedvrouw met minstens vijf jaar ervaring en het uitvoeren van vijftien bevallingen onder hun toezicht. Slagen voor het eindexamen leidde tot de uitreiking van een diploma.¹⁶² Het koninklijk besluit van 1884 betreffende de organisatie van de scholen voor vroedvrouwen bepaalde leeftijdsvereisten en de voorwaarden waaraan het bestuur van de vroedvrouwenschool diende te beantwoorden.¹⁶³

85. De vroedvrouw diende zich tevens wetenschappelijk bij te scholen door het bijwonen van congressen betreffende de vooruitgang in de verloskunde.¹⁶⁴ Ook de kennis en kunde omtrent hygiëne diende de vroedvrouw regelmatig op te frissen.¹⁶⁵ Kraambedkoorts was immers in die tijd een belangrijke doodsoorzaak voor bevallen moeders en vroedvrouwen werden op dat punt vaak met de vinger gewezen.¹⁶⁶ In dat verband is een kritische noot aangewezen.¹⁶⁷ De moedersterfte ten gevolge van een infectie na een bevalling in een hospitaal was veel groter dan bij vrouwen die thuis bevielen, bijgestaan door een vroedvrouw.¹⁶⁸ De hygiënische omstandigheden in de hospitalen lieten vaak te wensen over. De overheid nam dan ook verschillende maatregelen om van de hospitalen hygiënische ziekenhuizen te maken, aangepast aan de geneeskundige behoeften van de

¹⁵⁹ J.M.W. BINNENVELD, "Ziekte en gezondheid in historisch perspectief", *Tijdschrift voor sociale geschiedenis* 1982, 103-104; S. S. KLEIN, *Sex equity and sexuality in education*, New York, State University of New York press, 1992, 41-43.

¹⁶⁰ W. CHRISTIAENS en P. BRACKE, *Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands*, 12; zie randnr. 48.

¹⁶¹ KB 30 december 1884 tot goedkeuring van de examenprogramma's voor het behalen van het certificaat van tandarts, drogiste en vroedvrouw, *BS* 6 januari 1885.

¹⁶² Vanaf 1 juni 1880 kreeg de vroedvrouw een diploma uitgereikt van de geneeskundige commissie, cf. KB 31 mei 1880 inzake de geneeskundige commissies.

¹⁶³ KB 30 december 1884 tot goedkeuring van het reglement inzake de vroedvrouwenscholen, *BS* 6 januari 1885; D. HERRERO en S. BAELO-ALLUE, *Historiek van het technisch en beroepsonderwijs (1830-1990)*, Antwerpen, Garant, 2002, 117.

¹⁶⁴ *Pand. b.*, v° *Epidémie*, nr. 122.

¹⁶⁵ *Pand. b.*, v° *Sage-femme*, nr. 13.

¹⁶⁶ Zie uitgebreid over kraambedkoorts: M. DE SCHUITENEER, *Obiit in partus doloribus. Onderzoek naar de kraambedsterfte in Gent en omgeving in de 2de helft van de 18de eeuw*, onuitg. masterproef Letteren Universiteit Gent, 2009, 128 p.

¹⁶⁷ S. DE VEIRMAN, "Van gevaarlijke tot 'vroede' vrouwen. Oost-Vlaamse vroedvrouwen in de achttiende en begin negentiende eeuw", *Handelingen van de Maatschappij voor Geschiedenis en Oudheidkunde van Gent* 2011, 178.

¹⁶⁸ C. DUPUIS, *Een kind onder het hart*, 39.

groeïende bevolking.¹⁶⁹ De incidentie van kraambedkoorts daalde op het einde van de 19^{de} eeuw ook door de algemene medische vooruitgang betreffende het aseptisch handelen (handhygiëne), wat de overdracht van bacteriën sterk verminderde. Dit was vooral de verdienste van de Hongaarse dokter Ignaz Philipp Semmelweis, die midden de 19^{de} eeuw werkzaam was in een algemeen ziekenhuis in Wenen. Hij bepleitte het handen wassen in bleekwater, hetgeen een positieve invloed had op het aantal gevallen van kraambedkoorts. In 1861 publiceerde hij zijn bevindingen in *Die Ätiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers*, dat echter op weinig bijval kon rekenen bij de collega's. Pas toen de Franse bioloog Louis Pasteur in 1879 de streptococcen bacterie identificeerde, verkreeg de aseptische methode van Semmelweis de nodige aandacht.¹⁷⁰

II.2.4. Eeuw van de gemiste kansen

86. De ondergeschikte positie van het beroep van vroedvrouw in de verloskundige zorg was een feit, hetgeen een gevoelige bevoegdheidsvermindering inhield. Het was een gevolg van juridische (de handelingsonbekwaamheid van de vrouw),¹⁷¹ demografische (de gezinssituatie, hoge sterfte van moeder en kind bij de bevalling) en cultureel-religieuze factoren (de afnemende sacramentele functie van de vroedvrouw ten voordele van de katholieke dokter),¹⁷² de vertechnisering van de verloskunde (instrumenten, sectio)¹⁷³ en *last but not least* de overheersende rol van de mannelijke dokter die zich meer met de normale verloskunde inliet.¹⁷⁴

87. Toch zagen sommige dokters een betere samenwerking met de vroedvrouwen wel zitten, hetgeen leidde tot verschillende voorstellen van een bevoegdheidsuitbreiding van de vroedvrouw. Op aandringen van de bevoegde minister bijvoorbeeld bepleitte de geneeskundige commissie van Henegouwen in 1845 de vroedvrouwen toe te laten om aderlatingen¹⁷⁵ te doen.¹⁷⁶ Minister van binnenlandse zaken Joseph Kervyn de Lettenhove lanceerde in 1871 het voorstel om vroedvrouwen

¹⁶⁹ K. VELLE, "Kerk, geneeskunde en gezondheidszorg in de 19de en het begin van de 20ste eeuw" in J. DEPUYDT et al. (eds.), *Het verbond der Verzorgingsinstellingen 1938-1988. Vijftig jaar ten dienste van de Caritas-verzorgingsinstellingen*, Leuven-Brussel, 1988, 57.

¹⁷⁰ P. DEFOORT en M. THIERY, *De verloskunde*, 187.

¹⁷¹ In het Napoleontische burgerlijk wetboek was de gehuwde vrouw ondergeschikt aan haar echtgenoot, die de rechtshandelingen stelde, teneinde de orde in de maatschappij te installeren en te handhaven. De (beperkte) handelingsbekwaamheid en het medezeggenschap over de kinderen voorzien in het ontwerp (1879-1885) van Burgerlijk Wetboek van François Laurent werden pas realiteit in de tweede helft van de 20^{ste} eeuw; Zie D. HEIRBAUT, "De vrouwen(on)rechtsgeschiedenis van Napoleon tot vandaag: een verhaal van voortdurende vooruitgang?" in E. BREMS en L. STEVENS (eds.), *Recht en gender in België*, Brugge, die Keure, 2011, 27-31.

¹⁷² Bij hoogdringendheid en afwezigheid van een priester mocht de vroedvrouw het (on)geboren kind het 'nooddoopsel' toedienen, cfr. A. BIDON, *Les sages-femmes au Moyen-Age*, 9; G. MARÉCHAL, "De vergeten Gentse parochie: Het Spaanse Kasteel in de 17de eeuw", *Handelingen der Maatschappij voor Geschiedenis & Oudheidkunde te Gent* 2011, 165; In het begin van de 20^{ste} eeuw was dit vooral een taak van de katholieke dokter, zie K. VELLE, *Geneeskunde en de Rooms Katholieke kerk (1830-1940): een moeilijke verhouding*, 11-18.

¹⁷³ Zie over de opkomst van de forceps en de sectio (in 1827 rapporteerde een Amerikaans arts voor het eerst dat zijn patiënte 24 dagen na de ingreep was hersteld) C. DUPUIS, *Een kind onder het hart*, 28-29 en 33-37.

¹⁷⁴ K. VELLE, *De vroedvrouwen in de 19de eeuw*, 75.

¹⁷⁵ Bloedafname om een ziekte of kwaal te verhelpen.

¹⁷⁶ K. VELLE, *De vroedvrouwen in de 19de eeuw*, 82-83.

vaccinaties te laten uitvoeren. Gelet op het gedoog beleid ter zake en het feit dat de vaccinatietechniek werd aangeleerd op de provinciale scholen, was deze bevoegdheidsuitbreiding opportuun.¹⁷⁷ De Academie voor Geneeskunde zette in 1875 een enquête op bij de verschillende provinciale geneeskundige commissies om een zicht te krijgen op de bekwaamheid van de vroedvrouwen. Deze enquête bood uitsluitsel over de noodzaak/wenselijkheid van een bevoegdheidsuitbreiding voor de vroedvrouw.¹⁷⁸ De Brusselse hoogleraar verloskunde Léon Hyernaux opperde in 1876 in de Academie voor Geneeskunde het voorstel om de vroedvrouwen toe te laten bevallingen met de forceps uit te voeren in hoogdringende gevallen en bij afwezigheid van een dokter. Het voorstel was ingegeven door het gebrek aan medische zorgomkadering op het platteland en met het oog op de regularisatie van een illegale praktijk. Het zorgvuldig gebruik van de forceps was een onderdeel van de opleiding en uit het jarenlange debat over deze problematiek bleek dat de vroedvrouwen er best handig mee waren.¹⁷⁹ In 1894 lanceerden enkele dokters het idee om de vroedvrouw, onder bepaalde voorwaarden, toe te laten om antiseptische middelen voor te schrijven, teneinde de gevolgen van kraambedkoorts in te dijken.¹⁸⁰

88. Geen enkel van deze initiatieven werd realiteit. De overtuigingskracht van de dokters, die de vroedvrouw als concurrente zagen haalde de bovenhand. De redenen om vroedvrouwen niet toe te laten vaccinaties te plaatsen waren onder meer het ongenoegen van de dokters dat de vroedvrouwen al genoeg het terrein van de geneeskunde betraden en de vrees om inkomsten van de vaccinatieronden te verliezen.¹⁸¹ Ook het wantrouwen ten aanzien van de kunde van de vroedvrouw was te overheersend. Dokter B.A. Bardinet meende bijvoorbeeld dat een vroedvrouw door haar onhygiënisch handelen een patiënte met syfilis had besmet.¹⁸² Dokter H. Willième, lid van de Academie voor Geneeskunde, deelde de overtuiging dat een bekwame vroedvrouw nergens te vinden was, want wie voor vroedvrouw studeerde, kwam volgens hem uit de laagste sociale klasse en had een te laag ontwikkelingspeil om een forceps te hanteren.¹⁸³ Het wekt wel enige verwondering dat de wetgever de vroedvrouw niet de bevoegdheid toekende om de forceps te gebruiken, maar dat ze deze techniek wel diende te beheersen om te slagen voor het examen, volgens het koninklijk besluit van 1884 tot goedkeuring van het examenprogramma voor vroedvrouwen.¹⁸⁴

¹⁷⁷ K. VELLE, *De nieuwe biechtvaders: de sociale geschiedenis van de arts in België*, Leuven, Kritak, 1991, 51-56; *Bulletin administratif du ministère de l'intérieur* 1871, 690. (hierna : K. VELLE, *De nieuwe biechtvaders: de sociale geschiedenis van de arts in België*).

¹⁷⁸ *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique* 1875, 186.

¹⁷⁹ *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique* 1876, 272-287 en 1878, 46-47; K. VELLE, *De vroedvrouwen in de 19de eeuw*, 84-85.

¹⁸⁰ *Presse Médicale Belge* 3 juni 1894, 175.

¹⁸¹ K. VELLE, *De vroedvrouwen in de 19de eeuw*, 87.

¹⁸² B.A. BARDINET, "Syphilis communiquée par le doigt d'une sage-femme", *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie* 1874, 267.

¹⁸³ *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique* 1878, 50-57.

¹⁸⁴ C. Tocologie: 'gedrag van de vroedvrouw in alle omstandigheden;- zorgen dat dergelijke situaties behoeven; - interventie: versie; forceps; moederkoorn; gebruikelijke medicamenten', cf. KB 30 december 1884 tot goedkeuring van de examenprogramma's voor het behalen van het certificaat van tandarts, apotheker en vroedvrouw.

II 3. DE HERWAARDERING VAN DE BELGISCHE VROEDVROUW IN DE 20^{STE} EEUW

89. De inferioriteit van de vroedvrouwen zwakte af in de 20^{ste} eeuw.¹⁸⁵ Dokters, voorstanders van een rol voor de vroedvrouw in de pathologische verloskunde, vormden zelfs geen uitzondering meer. Uit een ministeriële omzendbrief van 2 oktober 1901 bleek bijvoorbeeld dat dokters de vroedvrouw vertrouwd maakten met venerische (seksueel overdraagbare) ziekten, een problematiek die zich buiten de normale verloskunde bevond.¹⁸⁶ Tot een bevoegdheidsuitbreiding in de pathologische verloskunde kwam het niet, wel tot de realisatie van een volwaardige professionele activiteit. De wetgevende initiatieven volgden elkaar in een razendsnel tempo op, zowel op onderwijskundig als professioneel vlak.

II.3.1. Opleiding

90. Het vroedkundig onderwijs, vaak het voorwerp van discussie, was onderhevig aan tal van wijzigingen.¹⁸⁷ Het koninklijk besluit van 1 juli 1908 inzake het onderwijsprogramma tilde het eindexamen naar een hoger niveau en verruimde de leerinhouden inzake anatomie, levensleer, verloskunde, hygiëne en deontologie.¹⁸⁸ Het koninklijk besluit van 6 september 1924 wijzigde opnieuw de voorwaarden om te slagen voor het examen.¹⁸⁹ De opleiding tot vroedvrouw evolueerde van een zelfstandige tweejarige opleiding in 1924, een driejarige opleiding in 1951 tot een specialisatie van de verpleegkunde (tevens driejarige opleiding) in 1957.¹⁹⁰ Afgestudeerde vroedvrouwen verwierven vanaf dan ook het diploma van verpleegkundige.

91. Relevant in deze thematiek is een brief van 1991 van een Nederlandse inspecteur van volksgezondheid, de heer M.G. De Boer, aan de ‘in België opgeleide verloskundigen’: “Ze zijn bevoegd om in Nederland te werken door de Richtlijn 21 januari 1980, 80/154/EEG, maar ze zijn niet ‘bekwaam’, want de Belgische opleiding tot verloskundige is onvoldoende voor de Nederlandse situatie en sluit niet aan bij de Nederlandse zelfstandige praktijkvoeringen in de thuisverloskunde”. De inspecteur was van oordeel dat de Belgische vroedvrouwen te weinig ervaring opdeden in de prenatale zorg, het zetten en hechten van een episiotomie en het begeleiden van de bevalling.

¹⁸⁵ G. PLUVINAGE, “La profession de sage-femme en Belgique au XIXe siècle: de l’accoucheuse traditionnelle à l’auxiliaire médicale”, *Sextant* 2008, 23-24.

¹⁸⁶ *Presse médicale belge* 27 oktober 1901, 682-683.

¹⁸⁷ Zie voor de evolutie inzake opleiding: Nationale Raad voor de Vroedvrouwen, *Beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw*, 2006, 16-17.

¹⁸⁸ KB 1 juli 1908 inzake het programma voor de examens van vroedvrouwen, *BS* 9 juli 1908, gewijzigd door het KB van 22 maart 1912.

¹⁸⁹ KB 6 september 1924 omtrent de vroedvrouwenexamens, *BS* 12 september 1924.

¹⁹⁰ Met het KB 17 augustus 1957 houdende vaststelling van de voorwaarden waaronder het diploma van vroedvrouw, verpleger of verpleegster wordt toegekend, *BS* 29 augustus 1957, wordt de opleiding tot vroedvrouw opgenomen in de driejarige opleiding van graduaat in de verpleegkunde. Het KB hervormde het KB 13 juli 1951 betreffende de verkrijging van het diploma van vroedvrouw en tot regeling van de studiën en examens die ertoe leiden, *BS* 31 augustus 1951, dat het KB van 6 september 1924 ophief.

Belgische vroedvrouwen moesten enige tijd met een Nederlandse collega meevolgen, alvorens zich te kunnen vestigen in Nederland.¹⁹¹

92. Los van het Nederlandse standpunt stond de noodzaak aan een specifieke opleiding eind vorige eeuw terug op de agenda. De onderhandelingen misten hun doel niet en in 1994 voerden de Vlaamse en de Franse Gemeenschap (opnieuw) een zelfstandige driejarige opleiding in (zonder het diploma van verpleegkundige).¹⁹² Francine Gooris, in de jaren '80-'90 hoofd van de vroedvrouwenopleiding van het hoger instituut voor paramedische beroepen Sint-Vincentius in Gent, was een voorvechter van de gespecialiseerde driejarige opleiding.¹⁹³ De Franse Gemeenschap introduceerde in 1995 de huidige vierjarige opleiding.¹⁹⁴ De Vlaamse en Franse Gemeenschap regelen, door toepassing te maken van hun persoonsgebonden bevoegdheden, respectievelijk het Nederlandstalig en het Franstalig onderwijs in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Uit de statistische jaarboeken van het Vlaamse Onderwijs blijkt het aantal studenten vroedkunde in stijgende lijn gaat. Op 1 februari 2003 waren 3730 studenten vroedkunde ingeschreven aan de 12 vestigingen van de hogescholen,¹⁹⁵ die deze opleiding aanbieden.¹⁹⁶ Op 30 september 2016 waren dat er al 4883, dus een stijging van dertig procent.¹⁹⁷

II.3.2. Professionele bevoegdheid

A. Nieuw wettelijk kader

93. Met het oog op de reductie van de kindersterfte legde de wetgever in het koninklijk besluit van 1 juli 1908 een nieuw wettelijk kader vast voor de beroepsuitoefening.¹⁹⁸ De vroedvrouw mocht aan de barenden vrouwen en aan de nieuwgeborenen al de zorgen geven “*genoodzaakt door eene natuurlijke bevalling of met de hand gedaan*” (lees zonder instrumenten).¹⁹⁹ Niets nieuws onder de

¹⁹¹ Brief dd. 22/02/1991 van M.G. De Boer, inspecteur van volksgezondheid, aan ‘in België opgeleide verloskundigen’, KADOC Leuven, Archief NVKVV, doos 239 werkgroep vroedvrouw.

¹⁹² Decreet 13 juli 1994 betreffende de hogescholen in de Vlaamse Gemeenschap, *BS* 31 augustus 1994, vervangen door Decreet 20 december 2013 tot bekrachtiging van de decretale bepalingen betreffende het hoger onderwijs, gecodificeerd op 11 oktober 2013, *BS* 27 februari 2014 (Codex Hoger Onderwijs); Arrêté 21 avril 1994 du Gouvernement de la Communauté Française portant fixation des conditions de collation des diplômes d'accoucheuse et d'infirmier(e) gradué(e), *BS* 12 juli 1994.

¹⁹³ Als eerbetoen voor haar inzet voor de vroedkunde organiseert de Arteveldehogeschool te Gent (in samenwerking met alle andere Vlaamse hogescholen) sinds 2004 de ‘Francine Gooris leerstoel’. Tweejaarlijks krijgt een vroedvrouw de ‘Francine Gooris prijs’ als erkenning van haar prestaties in het vroedkundig domein. Zie voor meer info <http://www.arteveldehogeschool.be/leerstoelfg/2015/>.

¹⁹⁴ Décret 5 août 1995 fixant l'organisation générale de l'enseignement supérieur en hautes écoles, *BS* 1 september 1995.

¹⁹⁵ Artesis Plantijn Antwerpen, Arteveldehogeschool Gent, Erasmus Brussel, Karel de Grote Antwerpen, Odisee, PXL Limburg, Thomas Moore Lier, Thomas Moore Turnhout, UCLL Leuven, UCLL Limburg, Vives Kortrijk, Vives Brugge.

¹⁹⁶ Statistisch jaarboek van het Vlaamse onderwijs 2002-2003, 15.

¹⁹⁷ Statistisch jaarboek van het Vlaamse onderwijs 2015-2016, excelbestand 15HO15.

¹⁹⁸ L. DEBEVERE, “Iets over het ontwerp van Gezondheidswet”, *Vroedvrouwentijdschrift*, 1912, 44.

¹⁹⁹ KB 1 juli 1908 inzake de onderrichtingen voor de vroedvrouwen, *BS* 9 juli 1908, hierna KB van 1908.

zon zou men denken, maar net omwille van de hoge kindersterfte, stelde Frans Daels, hoogleraar verloskunde aan de Gentse universiteit,²⁰⁰ deze dubbelzinnigheid aan de kaak. Het insnijden van het perineum met een instrument, om een baby in nood te verlossen, was onwettig. Het keren van de baby ‘met de hand’ van een stuitligging naar een hoofdligging was toegelaten. Het veroorzaken van een uterusruptuur²⁰¹ door deze techniek, zou aldus niet dus bestraft worden.²⁰²

94. Ook dokter en oud-rector van de Gentse universiteit Charles Van Cauwenberghe uitte in zijn handboek voor verloskunde van 1905 zijn kritische visie op het totale verbod, sinds 1818, om instrumenten te gebruiken. Hij was de mening toegedaan dat vroedvrouwen wel de forceps mochten gebruiken bij gebrek aan tijdige bijstand van een vroedmeester of dokter in de verloskunde en dit op risico van strafbaarheid wegens schuldig verzuim.²⁰³ Dit was een verdedigbaar standpunt. Het redden van het leven van moeder en kind moest zwaarder doorwegen dan het schenden van de wet. Het invoeren van de noodtoestand zou het misdrijf rechtvaardigen.²⁰⁴ Het nieuwe KB van 1908 hield echter het verbod om met instrumenten de bevalling te bespoedigen, ook in noodsituaties, overeind. In de opleiding leerden de vroedvrouwen alleen nog hoe ze de dokter konden assisteren bij het gebruik van de forceps.²⁰⁵

95. Bij het overlijden van moeder of kind was de vroedvrouw verplicht aangifte te doen bij de provinciale geneeskundige commissie en vooral bewijzen te leveren dat ze alles had gedaan “*om ten behoorlijke tijde een geneesheer te ontbieden*” en dus niet zozeer om moeder of kind van de dood te redden.²⁰⁶ De vroedvrouw liet zich weinig in met de prenatale begeleiding van de zwangere. Bevalling en postpartum waren haar terrein bij uitstek.

96. Verder beperkte de nieuwe regeling de beoordelingsmarge van de vroedvrouw in het bepalen van wat normaal of pathologisch was. Het KB van 1908 somde zestien gevallen op waarbij de vroedvrouw onmiddellijk een dokter moest roepen, bijvoorbeeld bij liggingsafwijkingen, het inscheuren van het perineum of bij een retentie (na één uur) van de placenta. De vroedvrouw

²⁰⁰ Frans Daels (Antwerpen 1882 – Gent 1974) was arts, hoogleraar aan de Universiteit Gent, stichter van het Vlaams Geneeskundig Tijdschrift, oprichter van de Vlaamse school voor verpleegsters en vroedvrouwen, zie http://www.odis.be/pls/odis/opacuvw.toon_uvw_2?CHK=PS_27383.

²⁰¹ Het scheuren van de baarmoeder leidt tot massaal bloedverlies en kan het overlijden van moeder en kind tot gevolg hebben.

²⁰² F. DAELS, *Beginselen van de praktische verloskunde*, Antwerpen, De Sikkell, 1942, 741.

²⁰³ C. VAN CAUWENBERGHE, *Handboek der verloskunde voor vroedvrouwen bewerkt*, Gent, Hoste, 1905, 495. (hierna: C. VAN CAUWENBERGHE, *Handboek der verloskunde voor vroedvrouwen bewerkt*).

²⁰⁴ Noodtoestand, jurisprudentieel ontwikkeld, gold hoogstens vanaf de 19^{de} eeuw als variant van de morele dwang als schuldsluitingsgrond, zie C. VAN DEN WYNGAERT, *Strafrecht en strafprocesrecht in hoofdlijnen*, Antwerpen-Apeldoorn, Maklu, 2011, 239-240. (hierna C. VAN DEN WYNGAERT, *Strafrecht en strafprocesrecht in hoofdlijnen*); zie uitgebreid: A. DIERICKX, “Over de (putatieve noodtoestand)”, *NC* 2007, 395-403.

²⁰⁵ ‘C. Tocologie: f) uithaling bij bekkenligging; keering op de voet door inwendige kunstgreep. Aanwijzingen voor het gebruik der forceps met medehulp van de vroedvrouw aan de verloskundige in geval van gebruik van dit verlostuig’, cf. KB 1 juli 1908 inzake het programma voor de examens van vroedvrouwen, *BS* 9 juli 1908. ‘Tocologie’ is de leer van de bevallingen of dus de verloskunde.

²⁰⁶ Art. 8 KB van 1908.

riskeerde strafrechtelijke sancties indien ze praktiseerde buiten dit wettelijke kader en geen dokter verwittigde in de opgesomde gevallen voor, tijdens en na de bevalling.

97. De vroedvrouw was tevens verplicht ‘volstreckte reinheid’ te bewaren en, teneinde de negatieve gevolgen van kraamkoorts te reduceren, haar handen, kledij en werktuigen te ontsmetten na aanraking van een besmette moeder. Innovatief was, naast een opsomming van de toegelaten werktuigen (bijvoorbeeld schaar en koord voor de navelstreng af te binden of een hoorbuis om foetale harttonen te beluisteren), de limitatieve oplijsting van de toegelaten toe te dienen medicatie (laxeermiddelen, laudanum²⁰⁷ en moederkoorn²⁰⁸) en antiseptische middelen. Volgens Van Cauwenberghe mocht de vroedvrouw voordien ook al in bepaalde omstandigheden (dreigende nood) laudanum en moederkoorn voorschrijven en toedienen.²⁰⁹ Dit was een zeer vooruitstrevende visie, pas enkele jaren later wettelijk ondersteund in het KB van 1908. Het was de apotheker of de drogist toegelaten medicatie af te leveren aan een ‘eervol bekende persoon, die het gebruik kon aanduiden waartoe het middel bestemd was’.²¹⁰ Het hechten van het perineum was een taak van de dokter. Na een gedoogbeleid van bijna een eeuw en verschillende demarches om het toch toe te laten, werd het wettelijk verbod tot vaccineren voor de vroedvrouw ook een feit.²¹¹

B. De vroedvrouw in nauwe schoentjes

98. Ondanks de overtuiging van de Luikse dokter L. Merveille, die in 1911 stemmen ronselde om het beroep van vroedvrouw af te schaffen, omdat de geneeskunde moest voorbehouden blijven voor de universitair gediplomeerde dokters, overheerste de overtuiging van de onvervangbare positie van de vroedvrouwen op het platteland, weliswaar met beperkte bevoegdheden.²¹² Vanaf 1911 staken verschillende provinciale beroepsorganisaties de kop op, met als doel het beroepsterrein nieuw leven in te blazen.²¹³ Ook de redactie van een tijdschrift van een specifieke beroepsorganisatie getuigt hiervan. In 1912 richtte Daels het Vroedvrouwentijdschrift/*Journal des sages-femmes* van het Algemeen Vroedvrouwenverbond van België op. Doel van het tijdschrift was de wetenschappelijke verheffing van de vroedvrouw, tegen de kindersterfte, tegen de vruchtafdrijving

²⁰⁷ Pijnstillend middel.

²⁰⁸ Graanschimmel die alkaloïden produceert, die krampen veroorzaken, bijvoorbeeld in de baarmoeder. De toediening ervan na de bevalling reduceert het bloedverlies; Methergine, een synthetisch afgeleid alkaloid, wordt nog steeds in de verloskunde gebruikt.

²⁰⁹ C. VAN CAUWENBERGHE, *Handboek der verloskunde voor vroedvrouwen bewerkt*, 497.

²¹⁰ Art. 29 Bepalingen voor apothekers en art. 38, lid 2 Bepalingen voor drogisten, cf. KB 31 mei 1885 tot goedkeuring van de nieuwe instructies voor artsen, apothekers en drogisten, *BS* 19 juni 1885.

²¹¹ Art. 9 KB van 1908: “Het is de vroedvrouw verboden pokken te zetten”.

²¹² *Gazette médicale belge* 24 augustus 1911, 455; K. VELLE, *De vroedvrouwen in de 19de eeuw*, 89.

²¹³ C. MATAGNE, *100 ans d'Union Professionnelle, Historique de l'UPSfB 1912-2012*, <http://www.sage-femme.be/wp-content/uploads/2010/05/historique-de-lUPSfB.pdf>.

en tegen het neomalthusianisme (d.i. de ideologie strevend naar geboortebeperking om de problemen van overbevolking op te lossen).²¹⁴

99. Veel vroedvrouwen hadden het financieel niet gemakkelijk, omdat hun patiënten vooral arme vrouwen van het platteland waren. De meeste dokters in de verloskunde assisteerden immers geen bevallingen voor een laag ereloon. De vroedvrouwen vonden ook geen toegang tot de ziekenhuizen, waar gasthuiszusters en vanaf 1908 opgeleide verpleegsters werkzaam waren.²¹⁵

100. Daarbij kwam nog het sterk dalend geboortecijfer.²¹⁶ Uit een enquête van het Vroedvrouwentijdschrift bleek dat in 1912 slechts 3,3 procent van de vroedvrouwen meenden een financieel rendabel beroep uit te oefenen.²¹⁷ Daels omschreef de toestand in 1914 als volgt: “*het vroedvrouwenambt werd verwaarloosd en was miskend; de intellectuele, stoffelijke en ook wel eens zedelijke stand van het vroedvrouwenambt liet erg te wensen over; er bestond geen belangstelling van de leidende klasse voor deze vrouwen, die men hoe langer hoe meer in eenzelfde onrechtvaardige beoordeling samenvatte met de dwaze, onwetende want alwetende en praatlustige bakers*”.²¹⁸ Er heerste een vermoeden dat naast de baker, ook de officiële vroedvrouw haar inkomen aanvulde met het uitvoeren van illegale abortussen, gelet op haar precare financiële toestand.²¹⁹

101. Het gebrek aan aandacht van de overheid voor de vroedvrouwen bleek ook bij de inrichting van het examen voor ‘bezoekster’, om werkzaam te kunnen zijn bij het Nationaal Werk voor Kinderwelzijn (*Oeuvre Nationale de l'Enfance*), opgericht in 1919.²²⁰ Het examen was enkel toegankelijk voor verpleegsters. Vroedvrouwen, die nochtans zeer veel kennis hadden van de zorg voor zuigelingen, dienden zich dus eerst om te scholen tot verpleegster. De vroedvrouwen die de vereiste opleiding met vrucht voltooiden en slaagden voor het examen van bezoekster, konden aan de slag bij het Nationaal Werk voor Kinderwelzijn. Voorwaarde was wel dat ze hun eigen praktijk

²¹⁴ ‘Voor de wetenschappelijke, zedelijke en sociale verheffing der vroedvrouw, tegen de kindersterfte, de vruchtafdrijving, het neo-malthusianisme’ was de subtitel van het *Vroedvrouwentijdschrift*. Opvolger van het *Vroedvrouwentijdschrift* was vanaf 1931, *De Vroedvrouw* van de Christelijke Vroedvrouwenverenigingen.

²¹⁵ KB 4 april 1908 betreffende de uniformering van de opleiding in de verpleegsterscholen, BS 11 april 1908; S. DE GRAEVE, *Gefnuikte zelfstandigheid*, 142; K. VELLE, *Kerk, geneeskunde en gezondheidszorg in de 19de en het begin van de 20ste eeuw*, 58.

²¹⁶ O. DAUWE, “Vroedvrouwen en ontvolking”, *Vroedvrouwentijdschrift*, 1913, 14: in 1901 nog 200.000 geboortes en in 1910 nog 176.000; P. DEFOORT en M. THIERY, *De vroedvrouwen*, 218: daling met 38% van 1900 tot 1940.

²¹⁷ N. GOMBERT, “Ons onderzoek over den toestand der vroedvrouwen in Vlaamsch België”, *Vroedvrouwentijdschrift* 1912, 124.

²¹⁸ F. DAELS, *Voordrachten over verpleegkunde en sociale geneeskunde*, Antwerpen, De Sikkels, 1937, 9-10. (hierna: F. DAELS, *Voordrachten over verpleegkunde en sociale geneeskunde*).

²¹⁹ P. DEFOORT en M. THIERY, *De vroedvrouwen*, 218; D. DE KEYZER en S. DANEELS, *De engeltjesmaaksters: abortus toen het niet mocht*, Leuven, Van Halewyck, 2009, 391 p. Een gelijkaardig fenomeen wordt beschreven in Duitsland na de Eerste Wereldoorlog door L. BURGER *et al.*, *Als de ooievaar komt: lief en leed uit de praktijk van een vroedvrouw*, Amsterdam, Elsevier 1930; Zie uitgebreid hoofdstuk III.1.3.

²²⁰ Voorloper van *l'Office de la Naissance et de l'Enfance* (in de Franse gemeenschap), Kind en Gezin (in de Vlaamse gemeenschap) en Dienst für kind und Familie (in de Duitstalige gemeenschap), <http://www.accueildesenfants.be/one.html>.

opdoekten. De twee werkzaamheden waren immers, buiten uitzonderlijke omstandigheden, volgens de instelling niet cumuleerbaar. Veel vroedvrouwen ambieerden het financieel interessanter statuut van bezoekerster.²²¹ Deze evolutie leidde tot een wanverhouding tussen (de financiële ondersteuning van) de zorg aan zuigelingen en deze aan zwangere vrouwen.

102. “*Om het gezag van het vroedvrouwenambt te verheffen*” en tegemoet te komen aan deze wanverhouding, kwamen drie koninklijk besluiten tot stand op 6 september 1924.²²² Het eerste bepaalde dat een vroedvrouw een natuurlijke bevalling mocht assisteren, geen baring mocht bespoedigen met instrumenten of ‘met de hand’, de hygiëne diende te respecteren en medicatie mocht voorschrijven. De vroedvrouw mocht ook een episiotomie plaatsen, maar het hechten van het perineum bleef een taak van de dokter. Nieuw was wel de sterke aanbeveling om handschoenen te dragen.²²³ Ook de situaties waarin de vroedvrouw een dokter diende te verwittigen werden verruimd, wat de autonomie van de vroedvrouw opnieuw verminderde. Dit zorgde voor een kwalificatie als ‘geneeskundige hulpkracht’.²²⁴

103. Het tweede koninklijk besluit van 1924 voerde het statuut in van ‘vroedvrouw van den Staat’. Mits het slagen in een aanvullend examen verkreeg de vroedvrouw dit statuut voor vijf jaar. De provinciale geneeskundige commissie (die voor de helft uit geneesheren bestond)²²⁵ ‘subsidieerde’ een aangenomen vroedvrouw, indien ze zich vestigde in een regio (‘die over geen voldoende geldmiddelen beschikten’) waar de mogelijkheden tot zorgverlening zeer schaars waren. De kroon op het werk van een aangenomen vroedvrouw was een burgerlijke medaille voor 25 jaar praktijk of na vijftien jaar, als bleek dat kraambedkoorts de uitzondering was in haar praktijk.²²⁶ Het systeem van subsidiëring bevorderde de vestiging van de vroedvrouw op het platteland en de instroom van gegoede zwangeren tot de dokters in de verloskunde, die zich in de stad vestigden. Dokters hadden bijgevolg de touwtjes strak in handen wat de vestigingsplaats van de vroedvrouwen betrof.²²⁷

104. Ten slotte introduceerde het derde koninklijk besluit het statuut van ‘vroedvrouw-bezoekerster’. Dit was een vroedvrouw met het bijkomend diploma van verpleegster-bezoekerster (*supra*) of een aangenomen vroedvrouw met een bijkomende opleiding, genoten aan een school voor ziekenhuisverpleegsters.²²⁸ Een volledige omscholing naar verpleegster was niet meer vereist.

²²¹ F. DAELS, *Voordrachten over verpleegkunde en sociale geneeskunde*, 12-17; A. VERDONCK, “Onder welke voorwaarden oefent de vroedvrouw haar praktijk uit, hoe is het nu, hoe het zou moeten zijn”, *Vlaams Geneeskundig Tijdschrift* 1932, 190-191.

²²² F. DAELS, *Voordrachten over verpleegkunde en sociale geneeskunde*, 20-21.

²²³ KB 6 september 1924 tot goedkeuring der onderrichtingen voor het uitoefenen van het beroep van vroedvrouw, *BS* 12 september 1924.

²²⁴ F. DAELS, *Voordrachten over verpleegkunde en sociale geneeskunde*, 7.

²²⁵ Vanaf het KB van 31 mei 1880 bestond de commissie uit minstens negen en hoogstens elf leden, waarvan minstens vijf dokters, cf. R. SCHEEPERS, *Opkomst van het medisch beroep*, 152.

²²⁶ KB 6 september 1924 tot instelling van een titel van aangenomen vroedvrouw van den Staat, *BS* 12 september 1924.

²²⁷ S. DE GRAEVE, *Gefnuikte zelfstandigheid*, 145.

²²⁸ KB 6 september 1924 tot instelling van een diploma van vroedvrouw-bezoekerster, *BS* 12 september 1924.

105. De wet van 1929 inzake de toekenning van academische graden hervormde de opleiding voor dokters en voegde voortaan één examen in voor de doctor in de genees-, heel- en verloskunde, de voorloper van de huisarts.²²⁹ De cumul van de drie geneeskundige takken en de integrale benadering van een patiënt(e) was dus voortaan de regel.

106. Pas na de tweede wereldoorlog wijzigde het werkveld van de vroedvrouw opnieuw. De besluitwet van 28 december 1944 inzake de sociale zekerheid voor arbeiders en het besluit van de Regent van 21 maart 1945 inzake de organisatie van de verzekering tegen ziekte en invaliditeit legden de fundamenteën van de Belgische sociale zekerheid.²³⁰ De besluitwet organiseerde een verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, gefinancierd door werkgevers, werknemers en overheid, in uitvoering van het pact van sociale solidariteit uitgewerkt tijdens de oorlogsjaren.²³¹ Het besluit van de Regent bepaalde in artikel 53, lid 3 als vergoedbare gezondheidszorg: “de zorgen bij bevalling, die de zorgen van een doctor in de medicijnen of van een gediplomeerde vroedvrouw voor een normale bevalling omvatten”. Deze bepaling betekende de doodsteek voor de bakerpraktijken.²³² De mutualiteiten zouden alleen prestaties van een gediplomeerde vroedvrouw terugbetalen, waardoor de baker niet meer de voorkeur genoot, ook niet bij minder begoeden. Voorheen was de vergoeding die de (vooral arme) zwangere vrouwen moesten betalen aan de vroedvrouw soms een te grote drempel om een beroep te doen op een vroedvrouw. Ze zochten hun toevlucht bij een ongediplomeerde baker, die voor een peulschil haar diensten aanbood.

107. Het ministerieel besluit van 15 oktober 1947 inzake de schalen van de verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit voorzag echter voor de verloskundige zorg enkel terugbetaling voor een ziekenhuisbevalling en prestaties van geneesheren.²³³ Met deze laatste worden de dokter in de algemene geneeskunde (huisarts) en de geneesheer-specialist in de gynaecologie-obstetrie (gynaecoloog-obstetricus) bedoeld.²³⁴ Voor prestaties van vroedvrouwen verkregen de zwangere/bevallen vrouwen dus geen tegemoetkoming van de sociale zekerheid, wat zonder twijfel

²²⁹ Wet 21 mei 1929 op het toekennen der academische graden en het programma der universitaire examens, *BS* 25 mei 1929.

²³⁰ Besluitwet 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke verzekering der arbeiders, *BS* 30 december 1944, hierna besluitwet; Besluit van de Regent 21 maart 1945 betreffende de organisatie van verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit, *BS* 28 maart 1945, hierna besluit van de Regent.

²³¹ W. VAN EECKHOUTTE, *Sociaal Zekerheidsrecht*, Mechelen, Kluwer, 2004, 25-27.

²³² S. DE GRAEVE, *Gefnuikte zelfstandigheid*, 147.

²³³ MB 15 oktober 1947 houdende vaststelling van der schalen van de verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit, *BS* 4 januari 1948, zie J. ENGELS, *De evolutie van de verplichte ziekte-en invaliditeitsverzekering 1945-1970*, Brussel, RIZIV, 1970, 166-172.

²³⁴ Algemene erkenningscriteria werden pas vastgelegd bij MB 24 mei 1958 tot goedkeuring van de erkenningscriteria waaraan de geneesheren dienen te beantwoorden, welke als specialist de prestaties wensen te volbrengen, die voorzien zijn bij artikel 61 van het organiek koninklijk besluit van 22 september 1965, van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, *BS* 3 juni 1958. De huidige erkenningscriteria voor de gynaecologen-verloskundigen liggen vast in het MB 15 september 1979 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten voor de specialiteit van gynaecologie-verloskunde, *BS* 26 september 1979.

een enorme impact had op het aantal praktiserende vroedvrouwen en hun werkveld.²³⁵ Bevallen in een ziekenhuis was financieel interessanter, ongeacht of er een medische indicatie was of niet.²³⁶ De geneesheer werkzaam in het ziekenhuis trok het laken naar zich toe wat de begeleiding van een zwangerschap/bevalling betrof. De vroedvrouw stond ten dienste van de dokter ‘in het voltrekken van zijn medisch project’.²³⁷

C. Herwaardering in zicht

108. Het woord van de verenigde vroedvrouw nam in belang toe (onder meer met de oprichting van de Nationale Raad der Vroedvrouwverbonden in 1946) en het professionalisme groeide.²³⁸ Op het nationaal vroedvrouwencongres van 1946 legde de beroepsorganisatie de volgende eisen op tafel: het statuut van een professionele zorgverlener (“geen volgzaam hulpje”), een volwaardige vergoeding en een degelijke opleiding, met de focus op het medische aspect, maar met aandacht voor de emotionele en sociale aspecten van zwangerschap en bevalling.²³⁹

C.1. Financiële herwaardering door komst van nomenclatuur

109. Pas in 1951 kwam de overheid tegemoet aan de verzuchtingen van de vroedvrouwen over hun abominabele financiële toestand. Het ministerieel besluit van 2 maart 1951 inzake de tarieven voor de verplichte verzekering, de voorloper van de nomenclatuur, voorzag een honorarium van 650 frank voor de vroedvrouw als assistente van een bevalling, volledig terugbetaald door de verzekeringsinstellingen aan de patiënte.²⁴⁰ Ter vergelijking, een dokter kreeg 1.000 frank voor het assisteren van een normale of pathologische bevalling. De discriminatie tussen een terugbetaalde ziekenhuisbevalling en een niet-terugbetaalde thuisbevalling verdween. De honoraria van de vroedvrouwen waren ook niet meer inbegrepen in de algemene hospitalisatiekosten. De ziekenhuizen kregen dus extra inkomsten bij bevallingen geassisteerd door vroedvrouwen in dienstverband. De vrouwen kregen ook een forfaitaire tegemoetkoming voor het volgen van pre- en postnatale consultaties in het Nationaal Werk voor Kinderwelzijn of bij een geneesheer, nog niet bij de vroedvrouw.

²³⁵ F. GOORIS en L. HINGSTMAN, “De rol en de positie van vroedvrouwen in België en Nederland”, *Gezondheid en samenleving*, 1985, 281. (hierna: F. GOORIS en L. HINGSTMAN, *De rol en de positie van vroedvrouwen in België en Nederland*).

²³⁶ S. DE GRAEVE, *Gefnuikte zelfstandigheid*, 147.

²³⁷ M. THIERY en P. DEFOORT, *De verloskunde*, 189; P. DEFOORT en M. THIERY, *De vroedvrouwen*, 220-221; De dokters waren overheersend in alle takken van de geneeskunde, zie K. VELLE, *De nieuwe biechtvaders: de sociale geschiedenis van de arts in België*, 282-285. In 1950 deden gynaecologen 30% van de bevallingen, 30 jaar later was dit meer dan 86%, zie F. GOORIS en L. HINGSTMAN, *De rol en de positie van vroedvrouwen in België en Nederland*, 279.

²³⁸ Nationale Raad voor de Vroedvrouwen, *Beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw*, 2006, 10-11.

²³⁹ P. DEFOORT en M. THIERY, *De vroedvrouwen*, 222.

²⁴⁰ MB 2 maart 1951 houdende vaststelling van de tarieven voor gezondheidszorgen inzake verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit, BS 11 november 1951, errata 13-14 december 1951; Zonder noemenswaardige wijziging voor de vroedvrouw volledig vervangen door KB 22 september 1955 betreffende de ziekteverzekering, BS 30 oktober 1955.

110. Vroedvrouwen met een eigen praktijk (zelfstandigen) mochten in 1951, na onderhandelingen van de Nationale Raad der Vroedvrouwverbonden met de bevoegde minister, ook hun activiteit uitoefenen in de materniteiten verbonden aan de ziekenhuizen.²⁴¹

111. Het nieuwe wettelijke kader van 1962 (*infra*) leverde ook een optimalisatie van de honoraria voor vroedkundige prestaties op. Artikel 9 van het koninklijk besluit van 24 december 1963 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen,²⁴² in uitvoering van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, blies het werkveld van de vroedvrouw nieuw leven in.²⁴³ Artikel 9 van de nomenclatuur voorzag immers honoraria voor verschillende prestaties verricht door een vroedvrouw, zowel thuis als in een ziekenhuis.

112. In navolging van de wet op de ziekenhuizen eind 1963 bepaalde het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 de erkenningsnormen van de verschillende ziekenhuizen. Op de materniteit (dienst M) was één vroedvrouw per dertig kraamvrouwen verplicht voortdurend aanwezig.²⁴⁴ De verzorging werd mede uitgevoerd door kinderverzorgsters en verpleegsters. Van een echte doorbraak van de vroedvrouw in de ziekenhuizen was nog geen sprake.

113. Het koninklijk besluit van 16 november 1973 legde de fundering van de huidige nomenclatuur in de 21^{ste} eeuw, wat een enorme verbetering betekende voor de vroedvrouwen.²⁴⁵ De nieuwe nomenclatuur voorzag immers in de terugbetaling van de drie categorieën van zorgen, zowel prenataal, perinataal (tijdens de bevalling) als postnataal.

114. Op het einde van de 20^{ste} eeuw installeerde de wetgever een voorbehouden plaats voor de vroedvrouwen op de materniteiten. Als erkenningsvoorwaarde gold immers de voorziening van één hoofdvroedvrouw en voldoende vroedvrouwen ‘om de vereiste permanentie aan vroedvrouwen 24 uur op 24 te verzekeren’.²⁴⁶

C.2. Bevoegdheidsuitbreiding

115. In het kader van de verwetenschappelijking van de verloskunde kwam het koninklijk besluit van 16 oktober 1962 tot stand.²⁴⁷ Dit besluit determineerde zeer strak het begrip ‘een normale

²⁴¹ S. DE GRAEVE, *Gefnuikte zelfstandigheid*, 148.

²⁴² BS 26 december 1963. Artikel 9 werd gewijzigd door KB 23 oktober 1964, BS 28 oktober 1964 en KB 13 juli 1967, BS 18 juli 1967, maar zonder impact voor de vroedvrouw.

²⁴³ BS 1 november 1963. Deze wet hief het besluit van de Regent op.

²⁴⁴ KB 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, BS 7 november 1964; uitvoering van artikel 2 wet 23 december 1963 op de ziekenhuizen.

²⁴⁵ KB 16 november 1973 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, BS 5 december 1973.

²⁴⁶ KB 10 augustus 1996 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, BS 1 oktober 1996.

²⁴⁷ KB 16 oktober 1962 betreffende het uitoefenen van het beroep van vroedvrouw, BS 1 januari 1963.

bevalling'. Een liggingsafwijking, bijvoorbeeld stuitligging bij een eerstbarende, of een bekkenafwijking betekende een verbod voor de vroedvrouw om autonoom de begeleiding van de zwangere tijdens de bevalling op zich te nemen, terwijl dit vóór deze wetgeving wel nog kon. Een manuele kering was enkel nog toegelaten in dringende gevallen. Een doorverwijzing naar de dokter was bijgevolg in meer gevallen aangewezen. Ook prenataal “bij een nakend miskraam” en in het postpartum bij een abnormale temperatuur, een bloeding, flebitis en een oogontsteking bij de baby was een doorverwijzing verplicht. Het plaatsen van een episiotomie (als preventie tegen het inscheuren) bleef behouden als bevoegdheid, maar het hechten van een scheur of episiotomie was een verboden handeling. Het arsenaal aan medicatie waarover een vroedvrouw diende te beschikken, teneinde het hoofd te kunnen bieden aan bepaalde moeilijkheden, werd uitgebreid. Naast bloedstelpende middelen en coffeïne (pijnstilling), mocht de vroedvrouw ook baringsbespoedigende medicatie toedienen, indien de arbeid niet vlot verliep. Belangrijk was wel de mogelijkheid om ook de zwangerschap te begeleiden, dus prenataal.²⁴⁸

116. In 1967 werd het allesomvattende koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies afgekondigd, dat de vroedvrouw zoals in de kaderwet van 1818 als beoefenaar van de geneeskunde beschouwde.²⁴⁹ Dit KB nr. 78 stelde een herwaardering van het beroep van vroedvrouw in het vooruitzicht. Conform artikel 2, § 2 van het KB nr. 78 was de vroedvrouw, naast de geneesheer, gemachtigd om de praktijk van de normale bevallingen te doen en toezicht uit te oefenen op de zwangerschap, op de bevalling en het postpartum.²⁵⁰

117. Het koninklijk besluit van 1 februari 1991 inzake de beroepsuitoefening van de vroedvrouw, in uitvoering van artikel 2, § 2 KB nr. 78, bepaalde: “de vroedvrouw is bevoegd om onder eigen verantwoordelijkheid het toezicht op zich te nemen van de zwangere vrouw bij wie een zwangerschap met verhoogd risico werd uitgesloten, om bevallingen te verrichten waarvan de evolutie zeer waarschijnlijk normaal zal verlopen, alsook om de begeleiding en verzorging van moeder en kind gedurende het normale postpartum waar te nemen”. Enkel bij pathologische tekens diende ze een dokter te verwittigen.²⁵¹

²⁴⁸ R. RYCKMANS en R. MEERT-VAN DE PUT, *Les droits et les obligations des médecins. Ainsi que des dentistes, accoucheuses et infirmières*, Brussel, Larcier, 1971, volume II, 258-263. (hierna: R. RYCKMANS en R. MEERT-VAN DE PUT, *Les droits et les obligations des medecins. Ainsi que des dentistes, accoucheuses et infirmières*).

²⁴⁹ KB nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies, *BS* 14 november 1967, errata *BS* 12 juni 1968; door Wet 10 augustus 2001 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg (*BS* 1 september 2001) gewijzigd in KB nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, hierna KB nr. 78.

²⁵⁰ Art. 2, §2 van het KB nr. 78 is buiten enkele kleine woordaanpassingen identiek gebleven aan de oorspronkelijke versie van het KB nr. 78.

²⁵¹ Art. 1 en 7 KB 1 februari 1991 betreffende de uitoefening van het beroep van vroedvrouw, *BS* 6 april 1991, hierna KB 1991; J.L. FAGNART, “La sage-femme face à ses responsabilités”, in G. GENICOT (ed.), *Nouveaux dialogues en droit médical*, Luik, Anthemis, 2012, 108-109. (hierna: J.L. FAGNART, *La sage-femme face à ses responsabilités*).

118. Gelijkaardig aan het KB 1962 omschrijft het KB 1991 ook een reeks verboden handelingen voor de vroedvrouw:

- kunstmatige dilatatie van de baarmoederhals;
- gebruik van de verlostang of zuignap;
- uitvoeren of instandhouding van een algemene, regionale of lokale verdoving uitgezonderd lokale anesthesie voor de uitvoering en de hechting van een episiotomie;
- inwendige kering of extractie op stuitligging behalve in dringende gevallen van acute foetale nood;
- manuele extractie van de placenta behalve in dringende gevallen;
- het induceren van een zwangerschapsafbreking.²⁵²

119. Het hechten van een spontaan gescheurd perineum (bij een intacte aarssfincter) of episiotomie was opeens wel toegelaten.

120. Verschillende argumenten lagen aan de basis van de beslissing om het koninklijk besluit van 1962 te herzien: de geboekte vooruitgang in de verloskunde, het vrije verkeer van het diploma conform Europese Richtlijn 80/154/EEG,²⁵³ de uitbouw van verschillende opleidingsprogramma's en de realiteit van de dagelijkse verloskundige praktijk.²⁵⁴ Ook de minimale bevoegdheden opgesomd in artikel 4 van de Europese Richtlijn 80/155/EEG drongen een herziening op.²⁵⁵ Deze bevoegdheden waren onder meer: het opsporen van risico's, het verrichten van normale bevallingen, het tijdig herkennen van een pathologie (gevolgd door het verwittigen van een geneesheer en de verzorging van moeder en kind na de bevalling). Terwijl het koninklijk besluit van 1962 nog zeer uitvoerig oplijstte over welke instrumenten en medicatie een zorgvuldige vroedvrouw diende te beschikken, werd dit in het besluit van 1991 volledig weggelaten. "Het beschikken over het nodige materiaal" om zwangerschap, arbeid en bevalling te begeleiden, kwam in de plaats. Het hechten van het perineum was wel toegelaten en het begrip 'een normale bevalling' was weer vatbaar voor wetenschappelijke vooruitgang en appreciatie.²⁵⁶ De strakke omschrijving van het begrip in het koninklijk besluit van 1962 werd verlaten. De vroedvrouw mocht geen medicatie voorschrijven,

²⁵² T. BALTHAZAR, "Wie zijn de huidige beoefenaars van de verloskunde" in M. EGGERMONT (ed.), *Verloskunde in beweging I: de relatie patiënt-zorgverlener in juridisch perspectief*, Brugge, die Keure, 2013, 22.

²⁵³ Richtlijn Raad nr. 80/154/EEG, 21 januari 1980 houdende de onderlinge erkenning van de diploma's, certificaten en andere titels van de verloskundige, tevens houdende maatregelen tot vergemakkelijking van de daadwerkelijke uitoefening van het recht van vestiging en vrij verrichten van diensten, *Pb.L* 11 februari 1980, afl. 33, 1-7.

²⁵⁴ PH. BUSQUIN, *De wetgeving inzake de uitoefening van het beroep van vroedvrouw*, Brussel, Ministerie van Volksgezondheid en Leefmilieu, 1993, 74; M. RENAER, 'Het nieuw koninklijk besluit betreffende de uitoefening van het beroep van vroedvrouw', *V.T.Gez.* 1991, 83-90.

²⁵⁵ Richtlijn Raad nr. 80/155/EEG, 21 januari 1980 houdende de coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen betreffende de toegang tot en de uitoefening van de werkzaamheden van verloskundige, *Pb.L* 11 februari 1980, afl. 33, 8-12.

²⁵⁶ Dit was in tegenstelling tot het KB van 1908 dat zestien pathologische situaties opsomde, waar de vroedvrouw de dokter moest verwittigen.

noch autonoom toedienen. Voor deze bevoegdheid ontbrak immers de wettelijke basis. Het voorschrijven van geneesmiddelen was overeenkomstig (oud) artikel 21 KB nr. 78 de bevoegdheid van de dokter (en tandarts).²⁵⁷ Een voorschrift van een arts was noodzakelijk voor het verkrijgen en toedienen van medicatie. De wettelijke basis voor de werkelijke toediening van medicatie door de vroedvrouw lag in het koninklijk besluit van 18 juni 1990 betreffende de lijst van verpleegkundige handelingen.²⁵⁸ De vroedvrouw was op grond van artikel 21bis, §2 KB nr. 78 gerechtigd alle verpleegkundige handelingen te stellen, zoals het aanleggen van een infuus en de toediening van medicatie (steeds op voorschrift van een arts).²⁵⁹ Het vaccineren was vanaf eind 1997 ook een toegelaten C (=medisch toevertrouwde)-handeling, in aanwezigheid van een arts.²⁶⁰

121. In dezelfde periode verdween ook de huisarts van het toneel in de verloskundige zorg. Het gebrek aan obstetrische vaardigheidstraining, de moeilijke combinatie met een praktijk en de hoge verzekeringskost, zijn volgens S. Beersmans, die hieraan zijn masterproef wijdde, de oorzaken.²⁶¹

²⁵⁷ Advies Raad van State bij het KB 1 februari 1991 betreffende de uitoefening van het beroep van vroedvrouw, *BS* 6 april 1991, 7267.

²⁵⁸ Bijlage I.1.7 KB 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen, *BS* 26 juli 1990, hierna KB 1990.

²⁵⁹ Ingevoegd door wet 20 december 1974 betreffende de uitoefening van de verpleegkunde, *BS* 29 april 1975.

²⁶⁰ “Voorbereiding en toediening van vaccins, in aanwezigheid van een arts”, ingevoegd bij KB 6 juni 1997 tot wijziging van het koninklijk besluit van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de technische verpleegkundige prestaties en de lijst van de handelingen die door een geneesheer aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die prestaties en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen, *BS* 22 augustus 1997.

²⁶¹ S. BEERSMANS, *Is er nog toekomst voor bevallingen in de huisartsgeneeskunde?*, onuitg. masterproef Geneeskunde Universiteit Antwerpen, 2009. In 1950 waren de huisartsen nog bij 53% van de bevallingen betrokken, 30 jaar later was dit nog 12%, zie F. GOORIS en L. HINGSTMAN, *De rol en de positie van vroedvrouwen in België en Nederland*, 279.

II 4. DE BELGISCHE VROEDVROUW IN DE 21^{STE} EEUW: UPDATE GRENZEN BEVOEGDHEID

II. 4.1. Autonomie versus ondergeschiktheid

122. De wet van 13 december 2006 houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid, wijzigde het KB nr. 78 grondig en voegde hoofdstuk *Iquater* ‘de uitoefening van het beroep van vroedvrouw’ in.²⁶² Het artikel 21 *octiesdecies* van het KB nr. 78, nu artikel 62 WUG,²⁶³ zorgde voor een duidelijke afbakening tussen handelingen die vallen onder de autonome bevoegdheid van de vroedvrouw en handelingen die zij mag stellen in een pathologische situatie onder de verantwoordelijkheid van de arts:

123. “Zonder afbreuk te doen aan de uitoefening van de geneeskunde zoals bepaald in artikel 3 wordt onder de uitoefening van het beroep van vroedvrouw verstaan:

1° het autonoom uitvoeren van de volgende activiteiten:

- a) diagnose van de zwangerschap;
- b) toezicht op, zorg en advies aan de vrouw tijdens de zwangerschap, de bevalling en de periode na de bevalling;
- c) het opvolgen van normale zwangerschappen, het verrichten van normale bevallingen en het verlenen van de eerste zorg aan pasgeborenen en gezonde zuigelingen;
- d) preventieve maatregelen, het opsporen van risico's bij moeder en kind;
- e) in dringende gevallen het verrichten van de noodzakelijke handelingen in afwachting van deskundige medische hulp;
- f) gezondheidsvoorlichting en -opvoeding van de vrouw, de familie en de maatschappij;
- g) prenatale opvoeding en voorbereiding op het ouderschap;

2° het meewerken, samen met de arts, en onder diens verantwoordelijkheid, aan de opvang en de behandeling van vruchtbaarheidsproblemen, van zwangerschappen en bevallingen met verhoogd risico en van pasgeborenen die in levensbedreigende of bijzondere ziektecondities verkeren, alsook aan de zorg die in die gevallen moet worden verleend”.²⁶⁴

124. Het eerste lid bracht niets nieuws onder de zon. Het tweede lid van artikel 62 WUG stelde een einde aan de onduidelijkheid over de positie van de vroedvrouw in het kader van de

²⁶² Wet 13 december 2006 houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid, *BS* 22 december 2006, hierna Wet 13 december 2006.

²⁶³ Gecoördineerde wet 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, *BS* 18 juni 2015, hierna WUG.

²⁶⁴ T. VANSWEEVELT, “De aansprakelijkheid van de vroedvrouw” in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek Gezondheidsrecht*, Volume I, Antwerpen, Intersentia, 2014, 1533; T. BALTHAZAR, “Wie zijn de huidige beoefenaars van de verloskunde” in M. EGGERMONT (ed.), *Verloskunde in beweging I: de relatie patiënt-zorgverlener in juridisch perspectief*, Brugge, die Keure, 2013, 19-21.

pathologische verloskunde. Handelt de vroedvrouw in het kader van een pathologische zwangerschap, bevalling of postpartum dan doet ze dit in overleg met de arts, maar vooral onder de vleugels of verantwoordelijkheid van de arts.²⁶⁵

125. Nieuw was ook de mogelijkheid voor de vroedvrouw om medicatie voor te schrijven en mits het voldoen aan de kwalificatiecriteria, om bekkenbodemreëducatie en functionele (geen morfologische) echo's uit te voeren.²⁶⁶ Behoudens wat het voorschrijven van medicatie betreft (zie verder), ontbreken ruim tien jaar na de wetswijziging nog steeds de uitvoeringsbesluiten. De Federale Raad voor de Vroedvrouwen formuleerde wel al haar adviezen inzake de kwalificatiecriteria, maar voorlopig zonder vervolg.²⁶⁷ Betrouwbare bronnen die onthullen wie of wat deze bevoegdheidsuitbreiding tegenhoudt, zijn er niet. Dreigen de vroedvrouwen (opnieuw) in concurrentie te treden met de artsen (echo's,) of met andere beroepsgroepen zoals de kinesitherapeuten (bekkenbodemreëducatie)? Liggen financiële drempels aan de basis van het oponthoud? Of is het puur te wijten aan de traagwielende wetgevende molen, die ons bureaucratische land typeert?

II. 4.2. Bevoegdheidsuitbreiding

A. Toediening medicatie via epidurale katheter

126. Gelet op het stijgend aantal epidurale verdovingen (van 31,7% in 1991 naar 69,7% in 2015)²⁶⁸ binnen de verloskunde is de assistentie van de vroedvrouw bij het plaatsen van de epidurale door de anesthesist een blik waard. De vraag stelde zich wat onder de noemer van 'assistentie' valt: is dit enkel het klaarzetten/aangeven van medicatie of kan dit ook het toedienen zijn van medicatie nadat de anesthesist de epidurale katheter heeft geplaatst?

127. Voor het klaarleggen/aangeven van medicatie kon de vroedvrouw zonder enige twijfel terugvallen op het KB 1990 inzake de verpleegkundige handelingen. Onder punt 7 "assistentie bij medische handelingen" viel de deelneming aan de assistentie en aan het toezicht tijdens de

²⁶⁵ Zie uitgebreid hoofdstuk III.2.1.B.1.2.§2.

²⁶⁶ Art. 62, § 2-5 WUG.

²⁶⁷ FRVV, FRVR/2008/ADVIES 1, *De bijzondere kwalificatiemodaliteiten en –criteria, waaraan houders van de beroepstitel van vroedvrouw moeten voldoen om functionele, en geen morfologische echografieën uit te voeren. De lijst met motieven en situaties waarin de houder van de beroepstitel van vroedvrouw een echografie kan uitvoeren*, januari 2008; FRVV, FRVV/2012/ADVIES-2, *Advies van de Federale Raad voor de Vroedvrouwen m.b.t. het uitvoeren van echografische onderzoeken*, september 2012; FRVV, FRVR/2010ADVIES 5, *De bijzondere kwalificatieregels en –criteria die de vroedvrouw toelaten de kennis en beheersing van de bekkenbodem uit te voeren: de basisopleiding*, mei 2010.

²⁶⁸ R. DEVLIEGER, E. MARTENS, G. MARTENS, C. VAN MOL en H. CAMMU, H., *Perinatale Activiteiten in Vlaanderen 2015*, SPE, Brussel, 2016, 22.

anesthesie. Dit was een B2-handeling, dus een technisch verpleegkundige handeling op voorschrift van een arts.²⁶⁹

128. Er was geen eenduidigheid of het toedienen van medicatie door de vroedvrouw via een door de anesthesist geplaatste epidurale katheter ook onder deze noemer viel. *De lege lata* viel dit binnen de appreciatiebevoegdheid van de rechter. Was dit een toegelaten handeling voor een verpleegkundige/vroedvrouw onder de noemer van ‘gedelegeerde handeling’ of onwettige uitoefening van de geneeskunde? Het KB nr. 78 voorzag immers de mogelijkheid voor een dokter om onder diens verantwoordelijkheid en toezicht bepaalde handelingen in het kader van een diagnose of behandeling te delegeren aan een verpleegkundige/vroedvrouw.²⁷⁰ Voorwaarden voor deze delegatie waren: 1) de delegatie ging uit van een dokter, 2) de delegeerbaarheid van de medische handeling, 3) de selectieverplichting van de dokter ten aanzien van de verpleegkundige (bekwaamheid), 4) de instructieverplichting van de dokter, 5) de toezichts- en begeleidingsverplichting van de dokter (enerzijds vertrouwen, maar ook bereikbaar zijn) en 6) de controle van de dokter bij het afronden van de handeling.²⁷¹ Het bleef aan de feitenrechter om te oordelen of de anesthesist de verpleegkundige/vroedvrouw bij deze specifieke handeling mocht (controlerecht) of moest controleren (controleplicht).

129. De aanhef van KB 1991 luidde formeel: “overwegende inderdaad dat het uitvoeren en het instandhouden van een anesthesie, onder meer van een epidurale anesthesie een medische handeling is en moet blijven die volledig onder de verantwoordelijkheid en de bevoegdheid van de geneesheren-anesthesisten valt,...”. Dus alleen het verlenen van medewerking “bij het toezicht op de parturiënte onder anesthesie of analgesie” viel binnen het bevoegdheidsterrein van de vroedvrouw. Uitvoeren of instandhouden van een algemene, regionale of lokale verdoving (dus ook een epidurale) was verboden.²⁷²

130. In 1995 werd het “toedienen van een medicamenteuze onderhoudsdosis via een door de arts geplaatste epidurale katheter” een toegelaten handeling voor een verpleegkundige, maar niet binnen de verloskunde, want dit was conform het KB nr. 78 het voorbehouden terrein van de vroedvrouw.²⁷³

²⁶⁹ Het KB van 11 maart 1985 tot vaststelling van de lijst van technische verpleegkundige prestaties en van handelingen die door een geneesheer kunnen worden toevertrouwd aan de beoefenaars van de verpleegkunde, de uitvoeringsmodaliteiten ervan alsook de vereiste kwalificatievoorwaarden, *BS* 22 maart 1985, voorzag in een gelijkaardige bevoegdheid “installatie van de patiënt en hulp bij de anesthesie”. Bij arrest van 3 april 1987 vernietigde de Raad van State dit koninklijk besluit wegens het ten onrechte inroepen van de hoogdringendheid; *Vr. en Antw.* Kamer 1986-87, 5 juni 1987 (Vr. nr. 136 HANCKÉ), *Vl.T.Gez.* 1987-88, 276-277.

²⁷⁰ Art. 6, §1 WUG (oud artikel 5, §1 KB nr. 78).

²⁷¹ H. NYS, *Recht en Verpleegkunde*, Antwerpen, Kluwer, 1985, 58-62.

²⁷² Oud art. 5 en 6 KB 1991; J.L. FAGNART, *La sage-femme face à ses responsabilités*, 112.

²⁷³ Art. 1, 2° KB 27 december 1994 tot wijziging van het KB van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de technische verpleegkundige prestaties en de lijst van de handelingen die door een geneesheer aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die prestaties en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen, *BS* 26 januari 1995.

131. Het koninklijk besluit van 8 juni 2007 zorgde voor een wisseling van koers en kwalificeerde het instandhouden van een epidurale anesthesie (dit is het voorbereiden en toedienen van de onderhoudsdosis) als een delegeerbare handeling aan een vroedvrouw, mits het voldoen aan specifieke voorwaarden:

- de anesthesist blijft beschikbaar in de instelling voor de duur van de epidurale analgesie;
- de anesthesist bepaalt via een individueel schriftelijk voorschrift de samenstelling van de analgeticumoplossing en de dosis per tijdseenheid;
- de anesthesist injecteert de testdosis en/of de eerste bolus en begint de toediening van de onderhoudsdosis, de vroedvrouw gaat vervolgens over tot het onderhoud van de epidurale analgesie op basis van het medisch voorschrift;
- de vroedvrouw houdt een specifiek blad bij voor de behandeling en de observatie, dat deel uitmaakt van het patiëntendossier;
- de vroedvrouw trekt de epidurale katheter terug op medisch voorschrift.²⁷⁴

132. De anesthesist plaatst enkel nog de epidurale katheter, dient de testdosis en/of de eerste bolus toe en start de toediening van de onderhoudsdosis. De verdere opvolging ligt binnen de expertise van de vroedvrouw, dus ook het opmerken van onregelmatigheden ten gevolge van de anesthesiemiddelen.

133. Pas na de wetswijziging van het KB 1990 bij het koninklijk besluit van 13 juli 2006 mag ook de verpleegkundige deze handeling stellen “tijdens de zwangerschap, de bevalling en het post partum, in zoverre deze betrekking hebben op pathologie of afwijkingen al dan niet veroorzaakt door de zwangerschap en in het kader van de multidisciplinaire samenwerking binnen de voor de betrokken pathologie gespecialiseerde diensten”. Een verpleegkundige werkzaam op bijvoorbeeld spoed, intensieve zorgen of het operatiekwartier mag dus deze handeling stellen. De wetgever kwalificeerde deze handeling terecht als een C-handeling, vermits de verloskunde tot de geneeskunde behoort.²⁷⁵

B. Voorschrijven van medicatie

134. In samenspraak met de Federale Raad voor de Vroedvrouwen (FRVV) en de Koninklijke Academie voor Geneeskunde is bij koninklijk besluit van eind 2013 bepaald welke geneesmiddelen de vroedvrouw, mits het volgen van een opleiding in de farmacologie, autonoom mag voorschrijven en toedienen in het kader van de opvolging van de normale verloskunde (moeder en kind). Vroedvrouwen die afstuderen na 1 oktober 2014 mogen voorschrijven, aangezien farmacologie vervat zit in de basisopleiding. Vroedvrouwen die vroeger afgestudeerd zijn, moeten een specifieke

²⁷⁴ Art. 6 KB 1991, gewijzigd door KB 8 juni 2007 houdende wijziging van het KB van 1 februari 1991 betreffende de uitoefening van het beroep van vroedvrouw, *BS* 20 juli 2007.

²⁷⁵ Ingevoerd in Bijlage II KB 1990 inzake de verpleegkundige handelingen, bij artikel 7 KB van 13 juli 2006, *BS* 7 augustus 2006.

opleiding volgen, ingericht door de Vlaamse en Waalse beroepsorganisatie. De medicatie omvat onder meer over pijnstilling, vitamines en orale contraceptie.²⁷⁶

135. In zijn advies van 2015 pleitte de FRVV voor een uitbreiding van het voorschrijfrecht met onder meer antibiotica tijdens de arbeid (ter preventie van een streptokokkenbesmetting van de baby) en Oxytocine® IV (ter preventie van postpartumbloedingen).²⁷⁷ Verschillende onderhandelingssessies met de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België hebben uiteindelijk geleid tot een aanzienlijke aanpassing van de medicatielijst. Door het KB van 1 september 2016 mag de vroedvrouw, naast producten inzake pijnstilling en contraceptie, ook Oxytocine® IV voorschrijven.²⁷⁸ Ook antibiotica tijdens de arbeid voorschrijven mag, maar wel op voorwaarde dat de patiënte in het ziekenhuis bevalt. Men zou dit een Belgisch compromis kunnen noemen, maar op zich situeren beide geneesmiddelen zich binnen de profylactische geneeskunde, dus in de preventie van pathologie, volledig binnen het terrein van de vroedvrouw.

136. Ook positief is de vermelding op de lijst van drie vaccins: het combinatievaccin kinkhoest - difterie - tetanus, het griepvaccin en het Hepatitis B-vaccin bij de baby (als de moeder Hepatitis B positief is). Wil de vader ook een combinatie- of griepvaccin ontvangen, dan mag de vroedvrouw dit toedienen, maar enkel op voorschrift van de arts.

137. Met ingang van 9 april 2016 mogen de vroedvrouwen (en de verpleegkundigen) vaccineren zonder de aanwezigheid van een arts. Het is een B2-handeling geworden.²⁷⁹ Er kan niet ontkend worden dat bepaalde veiligheidsmarges moeten ingebouwd worden als de vroedvrouw vaccins gaat voorschrijven en toedienen zonder de aanwezigheid van een arts. Ter voorbereiding van deze wijziging in de wetgeving, bracht de Technische Commissie voor verpleegkunde een advies uit betreffende het vaccineren zonder de aanwezigheid van een arts.²⁸⁰

²⁷⁶ KB 15 december 2013 tot bepaling van de nadere regels en de bijzondere kwalificatiecriteria die de houder van de beroepstitel van vroedvrouw de mogelijkheid geven geneesmiddelen voor te schrijven en KB bepalende de lijst van de geneesmiddelen die door de vroedvrouwen autonoom mogen worden voorgeschreven in het kader van de opvolging van normale zwangerschappen, de praktijk van normale bevallingen en de zorg aan gezonde pasgeborene in en buiten het ziekenhuis, *BS* 14 januari 2014.

²⁷⁷ FRVV, Advies FRVV/2015/ADVIES-2, *Advies van de Federale Raad voor de Vroedvrouwen betreffende de herziening van de lijst van geneesmiddelen die door de vroedvrouw mogen voorgeschreven worden*, maart 2015.

²⁷⁸ KB 1 september 2016 tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 december 2013 bepalende de lijst van de geneesmiddelen die door de vroedvrouwen autonoom mogen worden voorgeschreven in het kader van de opvolging van normale zwangerschappen, de praktijk van normale bevallingen en de zorg aan gezonde pasgeborene in en buiten het ziekenhuis, *BS* 19 september 2016.

²⁷⁹ Het KB 29 februari 2016 tot wijziging van het koninklijk besluit van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen, *BS* 30 maart 2016.

²⁸⁰ Technische Commissie voor Verpleegkunde, TCV/2015/ADVIES-1, *Advies van de Technische Commissie voor Verpleegkunde met betrekking tot het toedienen van vaccins door verpleegkundigen*, september 2015.

138. Belangrijk in dit advies zijn de aanbevelingen van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België (KAGB):

1. “De vaccinatie moet gebeuren op indicatie en voorschrift van een arts en betreft zuigelingen, kinderen en volwassenen. Door zijn voorschrift neemt de arts de verantwoordelijkheid op zich voor het geheel van de vaccinatie.”

Als de vroedvrouw zelf het voorschrift aflevert dan neemt zij de volledige verantwoordelijkheid op zich. Belangrijk hierbij is om goed de indicatie voor het vaccin in het patiëntendossier op te nemen.

2. “De verpleegkundige informeert zich vooraf waar en hoe zij/hij tijdens de uitvoering van de vaccinatie een arts kan bereiken en beschikt ter plaatse over een trousse, met nodige medicatie en materiaal, samengesteld op advies van de voorschrijvende arts. De arts informeert de verpleegkundige vooraf hoe te handelen bij optreden van complicaties o.a. anafylactische reactie en shock. Hij zal eveneens instaan voor haar/zijn bijscholing in het domein van de reanimatie en behandeling van nevenwerkingen en complicaties.”

De vroedvrouw moet weten waar en hoe een arts te bereiken is. In een thuissituatie zal dit het ziekenhuis of de huisarts zijn. Het is belangrijk dat de vroedvrouw die vaccinaties buiten het ziekenhuis toedient het nodige materiaal bij zich heeft om tegemoet te komen aan nevenwerkingen en complicaties.

3. “Na de vaccinatie wordt gelet op eventuele nevenwerkingen en bij complicaties komt de arts onmiddellijk ter plaatse om de ingestelde behandeling over te nemen en verder te zetten.”

Als er complicaties optreden dan is er sprake van een pathologie en verwittigt de vroedvrouw meteen een arts. Ze neemt de nodige schikkingen om verdere schade te voorkomen, zoals een infuus aanleggen en desgevallend medicatie toedienen.²⁸¹

139. In elk geval vereist het volledig zelfstandig toedienen van vaccinaties een goede kennis van de producten en hun nevenwerkingen. Daarnaast is het belangrijk dat de vroedvrouw weet hoe ze met complicaties moet omgaan en zeker voor de vroedvrouw die vaccinaties toedient buiten het ziekenhuis is een adequate doorverwijzing naar het ziekenhuis of de huisarts belangrijk.

²⁸¹ KAGB, *Advies over vaccinatie door verpleegkundigen*, 2015, <http://www.academiegeneeskunde.be/sites/default/files/atoms/files/Vaccinatie%20door%20verpleegkundigen%202015.pdf>.

C. Bekkenbodemreëducatie

140. Een zwangerschap en een bevalling stellen de bekkenbodemspieren op de proef. Vooral de vaginale bevallingen kunnen musculaire, neurologische en/of schade aan het bindweefsel veroorzaken. Om verzwakking van het spierweefsel en scheuren in het bindweefsel te vermijden, is een vroegtijdige opsporing in het postpartum noodzakelijk. De FRVV stelde een lijst op met situaties, die een risico voor de bekkenbodem inhouden. De *skills* om tijdens de zwangerschap of het postpartum letsels ter hoogte van de lumbo-abdomino-pelvische regio te detecteren, te evalueren en de patiënte hierover te informeren, moeten in de basisopleiding vervat zijn. De FRVV voorziet minimum dertig uren theorie en dertig uren stage bij een beroepsbeoefenaar die perinatale raadplegingen houdt. Wil de vroedvrouw daadwerkelijk bekkenbodemreëducatie uitvoeren, dan dient ze een bijkomende opleiding in de ‘kennisvergroting van de bekkenbodem’ met succes te hebben beëindigd. Dit advies kende nog geen gevolg.²⁸²

D. Echografie uitvoeren

141. Eind 2006 voorzag de wetgever de mogelijkheid voor de vroedvrouw om functionele echografieën uit te voeren. Dit type van echo wordt uitgevoerd in situaties waarin de inbreng van de echografische beeldvorming belangrijk is om het normale karakter van de zwangerschap te bevestigen en om aandoeningen op te sporen, bijvoorbeeld nagaan of het embryo zich wel binnen de baarmoeder bevindt, of de foetus zich voldoende ontwikkelt en of de leeftijd overeenstemt met die welke wordt vastgesteld op basis van de datum van de laatste menstruatie. De wetgever sloot dus meteen de morfologische echo, gericht op de evaluatie van de ontwikkeling van de verschillende foetale orgaanstelsels, op 18-22 weken zwangerschapsduur uit. De FRVV bracht in januari 2008 een eerste advies uit betreffende de mogelijkheden van een functionele echografie.²⁸³ De Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België (KAGB) gaf, na een voorbereiding door een bijzondere commissie van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, haar repliek in oktober 2008.²⁸⁴ De vroedvrouwen en de artsen bereikten een consensus wat de autonome controlebevoegdheid betreft van de vroedvrouw van de volgende items:

- lokalisatie en evolutie van de zwangerschap;
- bepaling van aantal embryo's;

²⁸² FRVV/2010/ADVIES-5, *Advies van de Federale Raad voor de Vroedvrouwen betreffende de bijzondere kwalificatieregels en –criteria die de vroedvrouw toelaten de kennis en beheersing van de bekkenbodem uit te voeren: de basisopleiding*, mei 2010.

²⁸³ FRVV/2008/ADVIES-1, *Advies van de Federale Raad voor de Vroedvrouwen betreffende de bijzondere kwalificatiemodaliteiten en –criteria, waaraan houders van de beroepstitel van vroedvrouw moeten voldoen om functionele, en geen morfologische echografieën uit te voeren. De lijst met motieven en situaties waarin de houder van de beroepstitel van vroedvrouw een echografie kan uitvoeren*, januari 2008.

²⁸⁴ KAGB, *Advies KAGB inzake de bijzondere kwalificatiemodaliteiten en –criteria, waaraan houders van de beroepstitel van vroedvrouw moeten voldoen om functionele, en geen morfologische echografieën uit te voeren. De lijst met motieven en situaties waarin de houder van de beroepstitel van vroedvrouw een echografie kan uitvoeren*, 25 oktober 2008.

- bepaling van chorioniciteit in geval van een meerlingzwangerschap;
- zwangerschapsduurbepaling in het eerste trimester;
- nekplooiemeting tussen de elf en veertien weken in de eerste trimesterscreening;
- biometrie tijdens de ganse zwangerschap;
- foetale gewichtsschatting;
- lokalisatie van de placenta en foetale positie;
- cervixlengtemeting en –beoordeling.

142. Volgens de artsen viel de ‘beoordeling van de normaliteit van de verschillende orgaanstelsels zichtbaar in het eerste en derde trimester’ niet onder de noemer van functioneel. Alleen onder delegatie van de arts, behoorden ook het bepalen van de vruchtwaterindex, het uitvoeren van een biofysisch profiel en dopplerflowmeting van de uteriene-, foetale- en umbilicale vaten tot de bevoegdheid van de vroedvrouw. Het bleek onmogelijk om de violen gelijk te stemmen, dus het advies verdween zonder gevolg in de archieven.

143. In zijn advies van september 2012 verliet de FRVV de piste van de functionele echo’s en stelde hij een wijziging voor van artikel 62, §5 WUG naar ‘verloskundige’ echo’s.²⁸⁵ Het onderscheid met de morfologische echo’s was te kunstmatig. In het nieuwe voorstel wordt opnieuw een onderscheid gemaakt tussen twee soorten van echo’s: de klinische echo en de verloskundige echo. Het uitvoeren van een klinische echo om bijvoorbeeld de harttonen te controleren of om de positie van de foetus te bepalen, zou een eenvoudige klinische handeling zijn, net zoals de bloeddruk nemen. Na het volgen van vijftien uren theorie en vijf dagen stage (die verworven zouden zitten in de basisopleiding) moet de vroedvrouw hiertoe in staat zijn. Wil de vroedvrouw echoscopiste worden en alle verloskundige echo’s uitvoeren in het domein van de normale verloskunde, dan moet ze een specifieke opleiding van honderdtwintig uren theorie volgen. De kandidaat-echoscopiste moet tevens op het einde van haar stage honderdvijftig echografieën in het eerste, het tweede en het derde trimester hebben uitgevoerd, naast honderd Dopplerbeoordelingen, vooraleer aan het centraal examen te mogen deelnemen. Een degelijke opleiding dus, naar verhouding van de verantwoordelijkheid die met deze bevoegdheid gepaard gaat. In zijn derde advies van maart 2017 maakt de FRVV een opsplitsing tussen 1) de vroedvrouw die onder de verantwoordelijkheid van de arts een echotoestel bedient en 2) de vroedvrouw die volledig autonoom alle echo’s uitvoert. De eerste handeling moet deel uitmaken van de basisopleiding van de vroedvrouw. Wil de vroedvrouw volledig autonoom echo’s uitvoeren (zoals haar Nederlandse en Franse collega), dan moet ze via een specifieke opleiding de erkenning bekomen van ‘vroedvrouw gespecialiseerd in gynaecologische en obstetrische echografieën’. Naast negentig uren theoretische vorming, zou de vroedvrouw nog een klinische stage moeten doen waarbij ze honderdvijftig echografieën in het eerste, het tweede en het derde trimester, honderd Dopplerbeoordelingen en twintig cervixmetingen verricht. Om haar erkenning te behouden moet de vroedvrouw het bewijs kunnen voorleggen van

²⁸⁵ FRVV/2012/ADVIES-2, *Advies van de Federale Raad voor de Vroedvrouwen m.b.t. het uitvoeren van echografische onderzoeken*, september 2012.

een bepaald aantal echo's te hebben uitgevoerd en moet ze bovendien over een periode van vijf jaar een extra vorming volgen van vijftig uren.²⁸⁶ Het is nog afwachten of dit advies werkelijk tot een wetgevend kader leidt. Verder overleg met de artsen en de overheid is noodzakelijk met het oog op de redactie van het uitvoeringsbesluit met de kwalificatiecriteria.

144. Tot nader order verwijst de vroedvrouw de patiënte door naar een arts voor elk echografisch onderzoek.²⁸⁷

II. 4.3. Duidelijke afbakening met de verpleegkundige

145. In de toekomst zullen vroedvrouwen die hun diploma behaald hebben na 1 oktober 2018, alleen de verpleegkunde mogen uitoefenen binnen het terrein van de verloskunde (materniteit en verloskamer), de fertiliteit, de gynaecologie en de neonatologie.²⁸⁸ Deze wettelijke afbakening bestond al vanaf 2001, maar bleef dode letter gelet op de vertraging van de inwerkingtreding via koninklijk besluit.²⁸⁹ Enerzijds roept dit een halt toe aan de algemene inzetbaarheid van vroedvrouwen in de ziekenhuizen en de thuisverpleging. Anderzijds is het een verdere stap in de profilering van het beroep, dat een specialisatie inhoudt binnen de geneeskunde en niet de verpleegkunde.

II. 4.4. Opleidingsduur

146. De Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen ijvert al geruime tijd samen met de Vlaamse hogescholen voor een minstens vierjarige opleiding. Het overleg met de VLHORA (Vlaamse Hogeschool Raad) bracht voorlopig geen resultaat op.²⁹⁰ De vraag om uitbreiding is niet onlogisch gezien de bevoegdheidsuitbreidingen (medicatie voorschrijven, echografie en bekkenbodembreëducatie) en de grotere verantwoordelijkheid van de (zelfstandige) vroedvrouw in het verlenen van extramurale postpartumzorg, gezien het kortere ziekenhuisverblijf van drie dagen bij een vaginale bevalling.²⁹¹

²⁸⁶ FRVV/2017/ADVIES-2, *Advies van de Federale Raad voor de Vroedvrouwen m.b.t. het uitvoeren van gynaecologische en obstetrische echografieën*, maart 2017.

²⁸⁷ Art. 4, §2, 9° KB 1991.

²⁸⁸ Art. 45, §2 WUG (oud artikel 21*quater*, § 2 KB nr. 78, gewijzigd bij wet 10 april 2014 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid, BS 30 april 2014).

²⁸⁹ Art. 34 wet 10 augustus 2001 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg zou artikel 21*quater*, § 4 KB nr. 78 in die mate wijzigen dat de vroedvrouw (zonder het diploma van verpleegkundige, mogelijk vanaf inwerkingtreding decreten van 1994) die haar diploma behaalt voor 1 oktober van het vierde jaar na inwerkingtreding van artikel 34 alleen nog maar verpleegkundige handelingen zal mogen stellen binnen het terrein van de verloskunde, de fertiliteitsbehandeling en de neonatologie (zorg van de zieke of vroeggeboren baby). Daarenboven zouden op advies van de Nationale Raad voor de Verpleegkunde van juli 2011 ook de diensten NICU (*neonatal intensive care unit*) en gynaecologie aan deze bepaling toegevoegd worden. Artikel 59 van de wet van 2001 voorziet de inwerkingtreding van artikel 34 per koninklijk besluit.

²⁹⁰ "Opleiding herwaardenen", *Tijdschrift voor vroedvrouwen* 2013, 335.

²⁹¹ Zie randnr. 49.

147. Naar aanleiding van de uitbreiding van de opleidingsduur in 2016 voor een bachelor in de verpleegkundige van drie naar vier jaar, stelde mevrouw Elisabeth Meuleman (Groen) in de Commissie Onderwijs aan minister Crevits de vraag of een vierjarige opleiding voor de kandidaat vroedvrouw ook geen noodzaak was.²⁹² Minister Crevits meent zuinig te moeten omspringen met studiejaarverlengingen. Vooreerst gaat de vergelijking met de opleiding verpleegkunde niet op, omdat de Belgische opleiding voor verpleegkunde niet voldeed aan de richtlijn van het Europees Parlement en de Raad nr. 2005/36/EG van 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties. Dit was de conclusie van de visitatiecommissie, naar aanleiding van een aanvullende beoordeling in april 2015.²⁹³ Ondanks de bijkomende leerstof (farmacologie) om medicatie te kunnen voorschrijven, voldoet de huidige driejarige opleiding vroedkunde nog steeds aan de Europese normen.²⁹⁴ Een uitbreiding is aldus niet aan de orde, volgens de minister.

148. Het KB van 27 juni 2016 dat artikel 63 WUG wijzigde ingevolge de wijziging van de Richtlijn 2005/36/EG betreffende de erkenning van beroepskwalificaties, bevestigde de huidige opleidingsmogelijkheden voor het diploma van vroedvrouw:

- “hetzij drie studiejaren, die kunnen uitgedrukt worden in een daaraan gelijkwaardig aantal ECTS-studiepunten, bestaande uit ten minste 4600 uur theoretisch en praktisch onderwijs, waarvan ten minste een derde betrekking heeft op klinisch onderwijs;
- hetzij twee studiejaren, die kunnen uitgedrukt worden in een daaraan gelijkwaardig aantal ECTS-studiepunten, bestaande uit ten minste 3600 uur, waarvoor het bezit van een diploma van verpleegkundige vereist is;
- hetzij achttien maanden, die kunnen uitgedrukt worden in een daaraan gelijkwaardig aantal ECTS-studiepunten, bestaande uit ten minste 3000 uur, waarvoor het bezit van een diploma van verpleegkundige vereist is en gevolgd door een praktijkervaring van één jaar”.²⁹⁵

²⁹² Vraag om uitleg MEULEMAN, *Commissie Onderwijs* 2015-16, 412.

²⁹³ Onderwijsvisitatie Verpleegkunde, “Een aanvullende beoordeling van de kwaliteit van de professionele bacheloropleiding Verpleegkunde aan de Vlaamse hogescholen”, 28 april 2015, <http://www.vluhr.be/media/docs/Visitatierapporten/Verpleegkunde%20-%20aanvullende%20beoordeling%20DEF.pdf>.

²⁹⁴ Onderwijsvisitatie Vroedkunde, “Een aanvullende beoordeling van de kwaliteit van de professionele bacheloropleiding Vroedkunde van de Artesis Plantijn Hogeschool, de Karel de Grote-Hogeschool, PXL Hogeschool, Thomas More Kempen, UC Leuven (voorheen Katholieke Hogeschool Leuven) en UC Limburg (voorheen Katholieke Hogeschool Limburg)”, 6 februari 2015, <http://www.vluhr.be/media/docs/Visitatierapporten/Vroedkunde%20-%20aanvullende%20beoordeling%20pc%202.pdf>.

²⁹⁵ KB 27 juni 2016 tot wijziging van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015, teneinde de richtlijn 2013/55/EG van het Europees Parlement en de Raad van 20 november 2013 tot wijziging van Richtlijn 2005/36/EG betreffende de erkenning van beroepskwalificaties en Verordening (EU) nr. 1024/2012 betreffende de administratieve samenwerking via het Informatiesysteem interne markt ("de IMI-verordening") om te zetten, BS 18 juli 2016.

149. Verpleegkundigen die zich omscholen naar vroedvrouwen zijn de uitzondering. Kandidaat vroedvrouwen volgen vooral de zelfstandige opleiding tot vroedvrouw, die dus minstens uit 180 ECTS-studiepunten moet bestaan.

BESLUIT

150. De juridisering van het beroep van vroedvrouw (in het latere België, Nederland en Frankrijk) vond zijn oorsprong in de 16^{de} eeuw met de beroepserkenning in verschillende steden en gemeenten. De verwetenschappelijking van de verloskundige zorg en de opkomst van vroedmeesters en mannelijke dokters in de late 17^{de} eeuw drongen wel het werkterrein van de vroedvrouw terug en betekenden het verval van haar monopoliepositie. Het juridiseringsproces zette zich voort in de 18^{de} eeuw met de theoretische bijscholing van de vroedvrouw, cruciaal voor de professionalisering van het beroep.

151. De historische evolutie van de wettelijke bevoegdheid van de Belgische vroedvrouw was een proces van ups en downs, positieve realisaties, gemiste kansen, een terugval en een kleine opwaardering. De belangrijkste mijlpaal voor de (latere Belgische en Nederlandse) vroedvrouw was ongetwijfeld de kaderwet van 1818 inzake de uitoefening van de geneeskunde, waarbij de vroedvrouw de beoefenaar werd van (enkel) de normale verloskunde, naast de vroedmeester (alle verloskundige zorg) en de dokter in de verloskunde (vooral de pathologische verloskunde). Op de kaderwet volgde de oprichting van vroedvrouwenscholen in gans België. Het groeiend belang aan gezondheidszorg en de medicalisering ervan in de 19^{de} eeuw brachten opnieuw een terreinafbakening met zich mee.

152. Na de bevoegdheidsafbakening in de kaderwet van 1818 volgde een rondje wazige besluitvorming zonder weerga. Van een consequent beleid was er geen sprake. In de aanloop naar een wetgevend initiatief was een goed onderbouwde redenering meestal zoek. Sommige medische handelingen waren in het ene tijdperk verboden en in het andere tijdperk toegelaten of omgekeerd, zonder dat, bijvoorbeeld ten gevolge van wetenschappelijke evoluties, uitgebreide debatten aan de wijzigingen vooraf waren gegaan. Het plaatsen van vaccinaties bijvoorbeeld werd gedoogd in de 19^{de} eeuw, verboden bij koninklijke besluiten van 1908 en 1924, maar opnieuw toegelaten in 1997 door een wijziging van het KB van 1990 inzake de verpleegkundige handelingen. Ook in het voorschrijfrecht van medicatie was geen duidelijke lijn te trekken. Het KB nr. 78 gaf in 1967 de bevoegdheid om medicatie voor te schrijven aan de arts of de tandarts, niet aan de vroedvrouw, terwijl ze sinds het KB van 1908 bepaalde medicatie voorschreef. Pas eind 2006 werd het voorschrijven van bepaalde medicatie opnieuw een bevoegdheid van de vroedvrouw, maar het koninklijk besluit liet op zich wachten tot eind 2013. Het hechten van het perineum werd verboden bij KB van 1962 en weer toegelaten bij KB van 1991.

153. Op onderwijsvlak was er evenmin sprake van rechtlijnigheid: van oorsprong een zelfstandige opleiding, een specialisatie binnen de verpleegkunde vanaf 1957 en ten slotte opnieuw een zelfstandige opleiding in 1994 van drie jaar in Vlaanderen en vier jaar in Wallonië. De Vlaamse Beroepsorganisatie en de Vlaamse hogescholen spreken voorlopig voor dovemansoren wat betreft hun voorstel tot een uitbreiding van de opleiding tot vroedvrouw.

154. Wijzigingen in het beroepsprofiel van de vroedvrouw gebaseerd op weinig onderbouwde redeneringen moeten vermeden worden in de toekomst. Dit is zeker een aandachtspunt voor de beleidsmakers. Een consequent beleid steunend op advies van de Federale Raad voor de Vroedvrouwen, de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België en desgevallend andere betrokken organisaties zoals de gynaecologen of het Federaal Kenniscentrum in de voorbereidende werkzaamheden is een must.

155. Niet enkel de onderwijs- en bevoegdheidshervormingen van de 20^{ste} eeuw beïnvloedden het werkteerrein van de vroedvrouw. De financiële onaantrekkelijkheid van het beroep door het besluit van de Regent van 1945 deed het aantal vroedvrouwen drastisch dalen. De huisarts en de dokter in de verloskunde profileerden zich ook in de normale verloskunde en hadden vrij spel in de ziekenhuizen. De invoering van een tegemoetkoming van de mutualiteiten voor een bevalling geassisteerd door een vroedvrouw in 1951, 1963 en vervolgens een uitbreiding van de terugbetaalde prestaties in 1973 betekende een (financiële) heropleving van de beroepsuitoefening van de vroedvrouw.

156. Juridisch gezien staat de hedendaagse vroedvrouw naast de gynaecoloog op het terrein van de normale verloskunde en in een ondergeschikte positie in de pathologische verloskunde. In werkelijkheid neemt de vroedvrouw ook de assistentenrol op zich in de normale verloskunde, vooral te wijten aan het jarenlange gebrek aan degelijke opleiding en de lage honoraria van vroedkundige prestaties, ten voordele van de dokters, die hun positie verstevigden.

157. Het is interessant om de historische evolutie van de bevoegdheid van de Belgische vroedvrouw vanaf de 19^{de} eeuw te toetsen aan het beroepsprofiel van de Nederlandse en Franse vroedvrouw, gezien de gelijkaardige oorsprong. Er zal meer bepaald onderzocht worden of de medicalisering van de verloskundige zorg en de opkomst van mannelijke dokters ook een (gelijkaardige) stempel hebben gedrukt op de beroepsactiviteit van de vroedvrouw.

II 5. DE NEDERLANDSE VROEDVROUW NA 1830

II.5.1. Juridisering in de 19^{de} eeuw

158. Typerend voor de negentiende-eeuwse Nederlandse vroedvrouw is de beperktere invloed van de medicalisering van het geboorteprocés en de concurrentie met de dokters, die in België dé oorzaken waren van een dieptepunt in de profilering van de vroedvrouw. Van gemiste kansen zoals bij de Belgische vroedvrouw was ook geen sprake, want de wetgever hield de trend aan en kwam niet terug op eerder ingenomen standpunten bijvoorbeeld inzake het vaccineren of het voorschrijven van medicatie. Zowel naar opleiding als naar bevoegdheid toe ging het de Nederlandse vroedvrouw voor de wind.

A. Een wettelijk geregelde opleiding

159. Hoewel Groningen als eerste in de zeventiende eeuw een vroedvrouwenschool vestigde, ging in 1861 de Rijkskweekschool voor Vroedvrouwen in Amsterdam open, hét opleidingscentrum voor de kandidaat-vroedvrouwen.²⁹⁶ De wet van 1 juni 1865 ‘regelende de voorwaarden tot verkrijging der bevoegdheid van geneeskundige, apotheker, hulpapotheker, leerling-apotheker en vroedvrouw’, voorzag voor de kandidaat-vroedvrouw een theoretisch en praktisch examen (na een tweejarige opleiding).²⁹⁷ Naast algemene opleidingseisen zoals leeftijd, was de zelfstandige uitvoering van tien bevallingen ook een vereiste om het diploma van vroedvrouw te verkrijgen. De kandidaat-vroedvrouw legde haar eindexamen af voor de inspecteurs van de bevoegde geneeskundige commissie. Na het slagen verkreeg ze een getuigschrift en legde ze een eed af.

160. Drie jaar na België werd in 1838 het cumulverbod opgeheven en waren de dokters bevoegd de genees-, heel- en verloskunde uit te oefenen (de voorlopers van de huisartsen).²⁹⁸ Dit betekende een forse bedreiging voor het beroepsterrein van heel- en vroedmeesters, die op meer concurrentie mochten rekenen, waardoor hun aantal enorm slonk.²⁹⁹

²⁹⁶ J. LEGEMAATE, *Beroepenwetgeving gezondheidszorg 2010/2011*, Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2010, 535. (hierna: J. LEGEMAATE, *Beroepenwetgeving gezondheidszorg*).

²⁹⁷ Wet 1 juni 1865 regelende de voorwaarden tot verkrijging der bevoegdheid van geneeskundige, apotheker, hulpapotheker, leerling-apotheker en vroedvrouw, *Stb* 1865 no. 59, hierna wet van 1865, gewijzigd door Wet 25 december 1878, houdende regeling der voorwaarden tot verkrijging der bevoegdheid van arts, tandarts, apotheker, vroedvrouw en apothekersbediende, *Stb* 1878 no. 222, verder uitgewerkt in KB 12 februari 1879, *Stb* 1879 no. 36; A.J. HOLMER, *Leerboek der verloskunde*, Amsterdam, Van Holkema & Warendorf NV, 1958, 696. (hierna: A.J. HOLMER, *Leerboek der verloskunde*).

²⁹⁸ Wet 27 maart 1838 houdende wijzigingen in die van den 12 maart 1818, nopens de gecombineerde uitoefening van eenige takken der geneeskunde, *Stb* 1838 no. 16; J.Z.S. PEL, *Chirurgijns, doctoren, heelmeesters en artsen op het eiland Walcheren 1700-2000*, 9.

²⁹⁹ W. BARON, *Het belang en de welvaart van alle ingezetenen: gezondheidszorg in de stad Groningen 1800-1870*, Assen, Uitgeverij Van Gorcum, 2006, 40-41.

B. Invloed medicalisering

161. De (niet gepubliceerde) instructies voor dokters, heelmeesters, vroedmeesters, vroedvrouwen, drogisten en apothekers van 1818 werden vervangen door verschillende koninklijk besluiten van 19 maart 1839, die nu wel gepubliceerd werden in het Staatsblad en officiële rechtskracht hadden.³⁰⁰ Het KB betreffende de instructie voor de *artis obstetriciae doctores* en de vroedmeester bracht geen noemenswaardige wijzigingen met zich mee.³⁰¹ Nieuw, in de instructie voor de vroedvrouwen, was de verplichting om altijd een katheter (om de blaas te sonderen) en een lavementspuit bij zich te hebben.³⁰²

162. Volgens Jan Willem Engelbert De Man, dokter in Breda, had de verloskunde medio 19^{de} eeuw weliswaar betrekking op de zwangerschap, de geboorte en het kraambed. Maar in de regel verliepen deze processen natuurlijk, zonder enige ‘kunsthulp’. Bijgevolg strekte de ‘uitoefenende verloskunde zich alleen uit tot de tegennatuurlijke gevallen’, het helpen ‘scheiden’ van moeder en kind als het ware. Hij zette tevens de geneeskundige commissie aan tot het waakzaam zijn ten aanzien van zogenaamde ‘helpers’, die ‘het natuurlijk proces van bevallen zouden bederven’. Hij hield een pleidooi voor professionele bijstand, maar zette zich af tegen de medicalisering van de zorgverlening.³⁰³

163. De medicalisering had hoe dan ook minder impact in Nederland dan in België. Vrouwen stonden weigerachtig ten opzichte van een ziekenhuisbevalling ten voordele van een thuisbevalling die als ‘natuurlijk’ werd beschouwd. Er waren voldoende praktiserende vroedvrouwen in tegenstelling tot de weinige dokters.³⁰⁴ De partnerrelatie overheerste op de concurrentiële relatie tussen de vroedvrouwen en de dokters.³⁰⁵ Die laatste zagen de vroedvrouwen niet als de oorzaak van de zuigelingensterfte, maar wel als een redmiddel.³⁰⁶ Deze factoren bepaalden mede de handhaving van de voorname positie van de vroedvrouw, voor wie een uitbreiding van haar bevoegdheden, namelijk het opsporen van ziektes bij het zeer jonge kind, in het vizier lag.³⁰⁷

³⁰⁰ Zie hoofdstuk III.

³⁰¹ KB 19 maart 1839 instructie voor de *Artis Obstetriciae doctores* en voor de Vroedmeesters in het Koninkrijk der Nederlanden, *Stb* 1839 no. 89.

³⁰² KB 19 maart 1839 instructie voor de vroedvrouwen in het Koninkrijk der Nederlanden, *Stb* 1839 no. 89.

³⁰³ J.W.E. DE MAN, “Onbevoegde uitoefening der geneeskunde”, *WvR* 1850, afl. 1124.

³⁰⁴ K. VELLE, “Pour une histoire sociale et culturelle de la médecine”, *Sartoniana*, vol. 11, 1998, 163.

³⁰⁵ H.L. HOUTZAGER en F.B. LAMMENS, *Obstetrics and gynaecology in the low countries: a historical perspective*, Medical Forum International, Zeist, 1997, 38-41; H. MARLAND, “Question of competence: the midwife debate in the Netherlands in the early twentieth century”, *Medical history* 1995, afl. 39, 319. (hierna: H. MARLAND, *Question of competence: the midwife debate in the Netherlands in the early twentieth century*).

³⁰⁶ J.A. VAN DEN BRINK, *Welk aandeel behoort de vroedvrouw te hebben in de strijd tegen de zuigelingensterfte ten platte landen?*, Purmerend, 1916, s.n.; J.E. FEISSER, “Vroedvrouw en zuigelingenverzorging”, *Ned.TvG* 1921, 343-345.

³⁰⁷ H. MARLAND, *Question of competence: the midwife debate in the Netherlands in the early twentieth century*, 324.

164. Gelet op de wetenschappelijke innovatie kwam in 1865 een nieuw wet inzake de uitoefening van de geneeskunde (Wet Thorbecke).³⁰⁸ De vroedvrouwen zelf lieten weinig van zich horen in de voorbereidende werkzaamheden van deze wet. Redenen voor dit afzijdige gedrag waren onder meer dat de beroepsgroep vooral bestond uit (nog niet geëmancipeerde) vrouwen met een lage sociale positie, werkzaam in een mannenmaatschappij.³⁰⁹

165. De wet beschermde drie titels: geneeskundige, vroedvrouw en apotheker. De vroedmeester was van het toneel verdwenen en kreeg geen wettelijke bevoegdheid meer. De vroedvrouw bleef de beoefenaar van de normale verloskunde, bij het ‘ongestoord natuurlijk verloop der baring’.³¹⁰ In noodsituaties diende de vroedvrouw de hulp in te roepen van een dokter of bij gebrek hieraan een collega of in uiterste nood, zelf de ‘vereiste kunstbewerking’ uit te voeren, zonder evenwel verloskundige instrumenten te gebruiken. Bij de barenden mochten de vroedvrouwen lavementen plaatsen en de blaas sonderen. Op voorschrift van de dokter mochten ze dit ook doen bij een niet-barende. Overschrijding van de bevoegdheden kon aanleiding geven tot een gevangenisstraf en/of een geldboete.³¹¹

166. De kracht van de verenigde vroedvrouwen speelde ook een grotere rol in de relatie tussen de vroedvrouwen en de dokters. De Bond van Vrouwelijke Verloskundigen (voorloper van de KNOV) werd al in 1898 opgericht en voerde het woord in het algemene debat over het welzijn van moeder en kind.³¹²

167. Nochtans lieten, net zoals in België, de bewustwording en aanpak van kraambedkoorts te wensen over. Het advies van Semmelweis om de handen te wassen voor elk inwendig onderzoek van barenden vrouwen, werd in eerste instantie noch in Wenen, waar hij in twee klinieken werkzaam was, noch in Amsterdam op veel enthousiasme onthaald. S. Thomas, in 1840 werkzaam op de kraamzaal van het Binnengasthuis te Amsterdam, kwalificeerde kraambedkoorts als een epidemische, maar sporadisch voorkomende ziekte en zag de ernst ervan niet in.³¹³ Ook Leopold Lehmann³¹⁴, assistent van Christiaan Bernhard Tilanus hoogleraar heelkunde aan de klinische school (verbonden met de kraamzaal) in Amsterdam, bleef zich tegen de antisepsismethode

³⁰⁸ Wet 1 juni 1865 regelende de uitoefening der geneeskunst, *Stb* 1865 no. 60, hierna wet van 1865. De wetten regelende het Geneeskundig Staatstoezicht, *Stb* 1865 no. 58 en regelende de uitoefening der artseneijbereidkunst, *Stb* 1865 no. 61, dateren van dezelfde datum.

³⁰⁹ J.J. KLINKERT, *Verloskundigen en artsen. Verleden en heden van enkele professionele beroepen in de Gezondheidszorg*, Alphen aan den Rijn/ Brussel, Stafleu's Wetenschappelijke Uitgevers maatschappij, 1980, 57-58.

³¹⁰ Art. 15-16 wet van 1865.

³¹¹ Art. 18-19 wet van 1865.

³¹² Zie voor de geschiedenis van de KNOV, <http://www.knov.nl/over-de-knov/tekstpagina/405/vereniging-knov/hoofdstuk/664/geschiedenis/>.

³¹³ In 1850 richtte Thomas een verloskundige polikliniek op. In 1863 werd hij tot stadsvroedmeester in Leiden benoemd en als lector in de verloskunde verzorgde hij het onderwijs aan de vroedvrouwen; P.C. MOLHUYSEN en P.J. BLOK, *Nieuw Nederlandsch biografisch woordenboek. Deel 1*, Leiden, A.W. Sijthoff, 1911, 1471-1473. (hierna: P.C. MOLHUYSEN en P.J. BLOK, *Nieuw Nederlandsch biografisch woordenboek*).

³¹⁴ P.C. MOLHUYSEN en P.J. BLOK, *Nieuw Nederlandsch biografisch woordenboek*, 804.

verzetten, ondanks een stijging van het maternale sterftecijfer tot bijna één op vijf. In 1880 werd de kraamzaal zelfs even gesloten. Het was wachten op zijn opvolger prof. G.H. Van der Meij van de universiteit van Amsterdam, eer de kraambedkoorts volledig uit de ziekenhuizen verdween door de antisepsismethode. Maar het kwaad was toen wel geschied. Het wantrouwen van de Nederlandse vrouw in de ziekenhuisomgeving was veel groter dan in België en op het einde van de 19^{de} eeuw beviel 98% van de vrouwen thuis.³¹⁵

II.5.2. Juridisering in de 20^{ste} eeuw

168. In de 20ste eeuw stak de Nederlandse vroedvrouw met kop en schouders uit boven de Belgische. Het interbellum bracht zowel een onderwijs- als een bevoegdheidsuitbreiding met zich mee.

A. Opleiding

169. In 1921 werd de opleiding tot vroedvrouw van twee op drie jaar gebracht (in België pas in 1951). Het bijkomende jaar was noodzakelijk ter bestrijding van de zuigelingensterfte en het verbeteren van de sociale hygiëne.³¹⁶ In tegenstelling tot België was er geen associatie met de verpleegkunde,³¹⁷ waarvan de opleiding apart werd geregeld in de Wet van 1921 tot bescherming van het diploma van verpleegkundige (oorspronkelijk ziekenhuisverpleging). De vroedvrouwen hadden wel toegang tot het beroep van kraamverpleegster, die instond voor de verpleegkundige verzorging van moeder en kind in de kraaminrichtingen (de voorlopers van de huidige kraamverpleegkundigen).³¹⁸ Ondersteuning in hun opdracht kwam van de kraamverzorgsters.³¹⁹

170. In 1974 wijzigden de opleidingsvereisten van de kandidaat-vroedvrouwen opnieuw. Het werd een Hbo-opleiding (hoger beroepsonderwijs) en de toelatingseisen evolueerden van een mavo- (middelbaar algemeen voortgezet onderwijs) naar een havodiploma (hoger algemeen voortgezet onderwijs).³²⁰ Naar aanleiding van het advies van 29 maart 1991 van de Commissie Herziening

³¹⁵ C. DUPUIS, *Een kind onder het hart*, 41-44.

³¹⁶ H. MARLAND, *Question of competence: the midwife debate in the Netherlands in the early twentieth century*, 332; J. LEGEMAATE, *Beroepenwetgeving gezondheidszorg*, 535; R. TH. MEURER, "De positie van de vroedvrouw", *Ned. TvG* 1940, afl. 4, 25.

³¹⁷ F. GOORIS en L. HINGSTMAN, *De rol en de positie van vroedvrouwen in België en Nederland*, 283.

³¹⁸ A.J. HOLMER, *Leerboek der verloskunde*, 704.

³¹⁹ In die tijd ontstond ook de opleiding tot kraamverzorgende, op het platteland in handen van het Witte Kruis in Noord-Nederland en het Groene Kruis in Friesland en in de steden in handen van de kraamklinieken. De kraamverzorgenden boden pas bevallen moeders hulp bij de voeding en verzorging van de baby, maar namen thuis ook huishoudelijke taken voor hun rekening, zie hierover J.A. STROINK en J.F.J. BAESJOU, *Leerboek voor de kraamzorg*, Utrecht, Het Spectrum, 1963, 32-37. In België is dit ook gekend als kraamzorg, georganiseerd vanuit de mutualiteiten of centra voor thuiszorg.

³²⁰ J. LEGEMAATE, *Beroepenwetgeving gezondheidszorg*, 535-536 en 578.

Curriculum Opleiding tot Verloskundige (CHCOV), werd vanaf 1 augustus 1993 een vierde jaar aan de opleiding toegevoegd.³²¹

171. De hogescholen van Amsterdam, Maastricht en Rotterdam bieden de bachelor opleiding tot verloskundige aan.³²² De instellingen rekruteren de beste kandidaten voor de opleiding aan de hand van schriftelijke en mondelinge proeven. Het onevenwicht tussen het aantal kandidaten en het aantal beschikbare opleidingsplaatsen noodzaakte de selectieprocedure.³²³ De niet-geselecteerden wijken echter vaak uit naar de Vlaamse hogescholen, zoals Gent, Sint-Niklaas of Antwerpen.

B. Professionele bevoegdheid

172. De discussie over de plaats van bevalling, thuis of in het ziekenhuis, werd veel minder gevoerd dan in België. De gangbare opinie was dat vrouwen uit hun vertrouwde omgeving halen, een negatieve invloed zou hebben op het geboorteproces.³²⁴ Ondanks het dalend aandeel vroedvrouwen, ten voordele van de dokters in het begin van 20^{ste} eeuw, profileerde ze zich wel verder in haar voorrangsrol.³²⁵

173. Ten eerste mocht de vroedvrouw bij wet van 1924 moederkoorn (nu gekend onder Methergine® (ergometrine)) toedienen, bij een bloeding na de geboorte, maar enkel als een dokter was geroepen en niet tijdig kon ter plaatse komen. Lavementen toedienen was niet meer mogelijk.³²⁶

174. Ten tweede controleerde een disciplinair orgaan de werkzaamheden van vroedvrouwen, hetgeen de kwaliteit van de zorg ten goede zou komen. Nalatigheden van dokters en vroedvrouwen konden aanleiding geven tot een tuchtsanctie zoals een waarschuwing, een berisping, een geldboete, een schorsing of een ontzegging om het beroep te beoefenen. Er waren vijf regionale medische tuchtcolleges en één Centraal Tuchtcollege voor beroepszaken te 's-Gravenhage.³²⁷ De Medische Tuchtwet van 1928 introduceerde de beteugeling van niet deontologisch handelen en legde meteen de eerste steen voor een deontologische code voor vroedvrouwen.³²⁸

³²¹ Zie nota van toelichting bij Besluit 19 november 1997 houdende regels inzake de opleiding tot en de deskundigheid van de verloskundige, *Stb* 1997 no. 552.

³²² <http://www.verloskundige.info/>.

³²³ Overeenkomstig de wet 8 oktober 1992 houdende bepalingen met betrekking tot het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (WHV), *Stb* 1992 no. 593; Zie bijvoorbeeld de Academie verloskunde te Maastricht: <http://www.av-m.nl/studie-verloskunde/toelating-en-selectie/selectie-2014-2015>.

³²⁴ H. MARLAND, *Question of competence: the midwife debate in the Netherlands in the early twentieth century*, 321.

³²⁵ D. MEURER, "Onder welke voorwaarden oefent de vroedvrouw haar praktijk uit, hoe is het nu, hoe het zou moeten zijn", *Vlaams Geneeskundig Tijdschrift* 1932, afl. 5, 107.

³²⁶ Wet 8 juli 1924 tot wijziging van de artikelen 15 en 16 van de Wet van 1 juni 1865, *Stb* 1924 no. 335; MB 29 september 1924 van den Minister van Arbeid, Handel en Nijverheid.

³²⁷ Wet 2 juli 1928, *Stb* 1928 no. 222; A.J. HOLMER, *Leerboek der verloskunde*, 695-696.

³²⁸ Zie voor de ontwikkeling van de deontologie van de verloskundige, hoofdstuk IV.1.2.

175. Ten derde bracht de wet van 11 februari 1932 betreffende de uitoefening van de geneeskunst een belangrijke bevoegdheidsuitbreiding voor de vroedvrouw met zich mee.³²⁹ Dit wetgevend initiatief kwam er na een advies van de ‘Gezondheidsraad’, een afsplitsing van de ‘commissies voor geneeskundig toezicht’ van de 19^{de} eeuw. Tot de normale verloskunde behoorde vanaf dan ook het prenataal begeleiden van zwangerschappen in het laatste semester (vanaf 30 weken). Hiermee onderscheidde de Nederlandse vroedvrouw zich van haar Belgische collega, die zich tot het KB 1991 vooral toelagde op de bevalling en het postpartum. Naar analogie mocht de Nederlandse vroedvrouw ook liggingsafwijkingen uitwendig met de hand opheffen en autonoom geneesmiddelen voorschrijven en toedienen (via de mond of onderhuids), dus niet (intraveneus). Deze specifieke bevoegdheid mocht enkel in geval van weeënzwakte en bij bloedingen na de geboorte. De geneesmiddelen betroffen vooral preparaten (afgeleiden van moederkoorn) om de baarmoeder te doen samentrekken. De bevoegdheidsuitbreiding betekende ook een financiële opwaardering voor de vroedvrouw, vermits ze in meer gevallen kon tussenkomen.³³⁰

176. Een noemenswaardige oorzaak van het verschil in beroepsprofiel tussen de Belgische en Nederlandse vroedvrouw was de dekking van vroedkundige prestaties, voorzien in het tweede uitvoeringsbesluit van het Ziekenfondsenbesluit³³¹ van 1941 (onder Duitse bezetting).³³² De vroedvrouw verkreeg als het ware een monopolie op de normale verloskunde door haar voorrangspositie in de tegemoetkoming van de ziekenfondsen in verloskundige verstrekkingen.³³³ Artikel 14 voorzag dekking van de prestaties van de huisarts in gewone (normale) verloskunde, maar alleen als er geen vroedvrouw beschikbaar was. De prestatie van de huisarts in buitengewone (pathologische) verloskunde werd gedekt als de vroedvrouw om assistentie vroeg. Alle verloskundige hulp van de vroedvrouw werd gedekt. Er was alleen een tegemoetkoming voorzien voor een ziekenhuisverblijf, indien sprake van een medische indicatie. Bevallen in het ziekenhuis of bij een huisarts was dus financieel niet interessant, ten voordele van de vroedvrouw. Men streefde er ook naar om de zwangeren in twee categorieën op te delen: 1) de fysiologisch gezonde zwangere die de plaats van bevalling kon kiezen (vooral thuis) en 2) de pathologische zwangere die moest aangespoord worden om in het ziekenhuis te bevallen.³³⁴ Dit maakte de vroedvrouw de eerste rang

³²⁹ Wet 11 februari 1932 tot vervanging van artikelen 15-17 van de wet van 1 juni 1865, *Stb* 1932 no. 49; MB 30 maart 1932 van de Minister van Arbeid, Handel en Nijverheid; A.J. HOLMER, *Leerboek der verloskunde*, 697.

³³⁰ H. MARLAND, *Question of competence: the midwife debate in the Netherlands in the early twentieth century*, 332-333.

³³¹ Besluit 16 augustus 1941 van den Secretaris-Generaal van het Departement van Sociale Zaken betreffende het ziekenfondswezen (Ziekenfondsenbesluit), *Verordeningenblad voor het bezette Nederlandsche gebied* 16 augustus 1941, inw. 1 november 1941; Het Ziekenfondsenbesluit introduceerde een verplichte ziektekostenverzekering voor loontrekkers met een bepaald minimuminkomen.

³³² Tweede uitvoeringsbesluit 16 oktober 1941 van den Secretaris-Generaal van het Departement van Sociale Zaken ingevolge het Ziekenfondsenbesluit, *Verordeningenblad voor het bezette Nederlandsche gebied* 23 oktober 1941, inw. 1 november 1941.

³³³ F. GOORIS en L. HINGSTMAN, *De rol en de positie van vroedvrouwen in België en Nederland*, 282.

³³⁴ A.J. HOLMER, *Leerboek der verloskunde*, 707; Zie voor een olijsting van de medische indicaties: G.J. KLOOSTERMAN, *De voortplanting van de mens. Leerboek voor obstetrie en gynaecologie*, Bussum, Uitgeversmaatschappij Centen, 1974, 732-736.

zorgverlener in het verloskundig zorgmodel, zij fungeerde als filter tussen de eerstelijnszorg en de gespecialiseerde tweedelijnszorg.

177. De vroedvrouw voer koers naar een volwaardige partner in de verloskundige zorg, inclusief pre- en postnataal.³³⁵ Vanaf 1951 mocht de vroedvrouw bloedafnames doen (onder meer voor de bepaling van de Rhesus-factor) en de zwangere begeleiden in de prenatale periode vanaf 18 weken zwangerschap. Ze mocht ook overgaan tot het hechten van eenvoudige inscheuringen van het perineum, wat voor de Belgische vroedvrouw verboden was tot het KB 1991. Ze mocht ook een episiotomie plaatsen, maar het hechten was een taak van de dokter.³³⁶

178. In 1965 begonnen de ziekenhuisbevallingen met een kort verblijf (poliklinisch) door te breken, waardoor de vroedvrouw meer postnatale zorgen toediende.³³⁷

179. Het besluit voorschriften van verloskundigen van 23 april 1979 in uitvoering van de wet van 1 september 1978 die de wet 1865 nogmaals wijzigde, voerde opnieuw een bevoegdheidsuitbreiding door. De verloskundige mocht het perineum hechten (ook na een geplaatste episiotomie) en mocht medicatie (zoals moederkoorn en Oxytocine®) nu ook in de spieren (intramusculair) toedienen. In het kader van de preventie van baarmoederhalskanker was het nemen van een uitstrijkje (cytologisch preparaat) toegelaten. Omdat ook meer en meer mannen aan de opleiding deelnamen, hanteerde men vanaf 1978 de term verloskundige in plaats van vroedvrouw. Een apart besluit regelde de inhoud van de zwangerschapskaart, de voorloper van het patiëntendossier.³³⁸ In 1988 en 1989 breidde het voorschrijfrecht van de verloskundige ook uit en kon ze het hepatitis B-vaccin aan moeder en baby toedienen.³³⁹

180. De wet inzake Beroepen binnen de Individuele Gezondheidszorg (BIG-wet) van 1993 hief de wet 1865 op en installeerde een volledig nieuw juridisch platform voor onder meer de geneesheren, de verloskundigen en de verpleegkundigen.³⁴⁰ Zoals voorheen mocht de verloskundige katheterisaties en puncties verrichten, injecties toedienen en geneesmiddelen voorschrijven.³⁴¹

³³⁵ Zie hierover H.J. DIJKHUIS en M.J. HARTGERINK, *Rapport over de positie van de vroedvrouw in Nederland*, 's-Gravenhage, 's-Gravenhage Staatsuitgeverij, 1963, 137 p.

³³⁶ Wet 1 juni 1951 tot nadere wijziging van de Wet van 1 juni 1865 regelende de uitoefening der geneeskunst, *Stb* 1951 no. 201; Ministeriële beschikking 12 juli 1951.

³³⁷ H. MARLAND, *Question of competence: the midwife debate in the Netherlands in the early twentieth century*, 321.

³³⁸ Besluit 23 april 1979 voorschriften van verloskundigen, *Stb* 1979 no. 505; Geneeskundige hoofdinspectie van de volksgezondheid, "Bevoegdheidsuitbreiding voor de verloskundige", *Ned.TvG* 1979, 1618-1620.

³³⁹ Besluit 12 juli 1988 tot wijziging van besluit voorschriften verloskundigen van 23 april 1979; Besluit 3 mei 1989 tot wijziging van besluit voorschriften verloskundigen van 23 april 1979.

³⁴⁰ Wet 11 november 1993 houdende regelen inzake beroepen op het gebied van de individuele gezondheidszorg, *Stb* 1993 no. 655, hierna BIG-wet; Opheffing van onder meer: wet 1865 regelende de uitoefening der geneeskunst, wet 1878 houdende regeling der voorwaarden tot verkrijging der bevoegdheid van arts, tandarts, apotheker, vroedvrouw en apothekersbediende, wet 1921 tot bescherming van het diploma van verpleegkundige en de Medische Tuchtwet 1928.

³⁴¹ Art. 36 BIG-wet.

181. Het was vier jaar wachten op het besluit inzake opleidingseisen en deskundigheidsgebied van de verloskundige. Centraal stond de functie van de verloskundige als ‘poortwachter’, in de zin van het inschatten van het verloskundig risico gedurende het geboorteproces, door middel van een goede opleiding in ‘diagnose- en selectiebeleid’. Het uitvoeren van een abdominale echografie valt ook onder deze noemer, maar wordt niet expliciet vermeld. Het verrichten van een vaginaal onderzoek, amniotomie, de hielprik bij de baby, het geven van adviezen inzake prenatale diagnostiek en anticonceptie, het aanleggen van een infuus en het geven van intraveneuze medicatie in geval van shock of bloeding waren nieuwigheden, aangepast aan de stand van de verloskundige wetenschap.³⁴² Met uitzondering van het geven van adviezen inzake prenatale diagnostiek en anticonceptie waren dit reeds verworven bevoegdheden voor de Belgische vroedvrouw.³⁴³

II.5.3. Vandaag (en morgen)

A. Opleiding

182. Omdat de opleiding tot verloskundige onder de werking van de Wet op het hoger onderwijs van 1992 (na een wijziging) viel, kwam een nieuw besluit met opleidingseisen. Het Besluit van 2008 nam zonder noemenswaardige wijzigingen de uitgebreide bevoegdheden over van het besluit van 1997.³⁴⁴ De bevoegdheid van de verloskundige omvat: “het verrichten van handelingen op het gebied van de verloskunst en andere handelingen, gericht op een optimale uitkomst van de zwangerschap, het bevorderen en bewaken van het natuurlijke verloop van de zwangerschap, de bevalling en het kraambed, alsmede op het voorkomen van afwijkingen bij de vrouw of het kind, door het inschatten van het verloskundig risico bij een vrouw gedurende haar zwangerschap, bevalling en kraambed, het vertalen van het verloskundig risico in verloskundig beleid en het op basis daarvan verlenen van raad en bijstand, alsmede het daar waar nodig consulteren van dan wel verwijzen naar een arts”.³⁴⁵ In het verlengde van de bevoegdheid om advies te geven over anticonceptie, mag de verloskundige ook een spiraal plaatsen.³⁴⁶

³⁴² Art. 5 Besluit 19 november 1997 houdende regels inzake de opleiding tot en de deskundigheid van de verloskundige, *Stb* 1997, no. 552; Nadere uitwerking in regeling 27 maart 1998 van de minister van volksgezondheid, welzijn en sport, nr. CSZ/BO-983362 tot aanwijzing van apparatuur en geneesmiddelen behorende tot het deskundigheidsgebied verloskundige.

³⁴³ Voor vaginaal onderzoek en amniotomie, zie KB 1962; De overige bevoegdheden waren verworven verpleegkundige handelingen, op voorschrift van de dokter, cfr. KB 1990.

³⁴⁴ Besluit 3 juli 2008 houdende regels inzake de opleiding tot en de deskundigheid van de verloskundige, *Stb* 2008 no. 300, hierna Besluit 2008; Nadere uitwerking in regeling 9 april 2009 van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, nr. MEVA/BO-2911171, houdende aanwijzing van apparatuur, geneesmiddelen en middelen behorende tot het deskundigheidsgebied van de verloskundige.

³⁴⁵ Art. 5.1 Besluit 2008.

³⁴⁶ Artikelsgewijze toelichting bij art. 5, lid 3, m Besluit 2008; J. LEGEMAATE, *Beroepenwetgeving gezondheidszorg*, 575.

183. Eén van de hervormde opleidingseisen is “het stellen van een diagnose gebaseerd op anamnese en onderzoek”, waaronder ook het uitvoeren van een echografie valt.³⁴⁷ Deze handeling kadert in de diagnose- en screeningsbevoegdheid, relevant voor de (her)registratie van verloskundigen in het BIG-register, waar elke zorgverlener zich om de vijf jaar registreert na het voldoen aan de vereiste opleidings- en ervaringseisen.³⁴⁸ Daarnaast is er door de KNOV ook een echoregister ingevoerd.³⁴⁹ Het volgen van een speciaal ingerichte echo-opleiding is een verplichting.³⁵⁰

184. De klinisch verloskundige werkt in de tweede- en derdelijnszorg in nauwe samenwerking met andere arts-specialisten. Op zich vervult ze een managementfunctie en coördineert ze de verschillende stappen in de zorgverlening.³⁵¹ De meerderheid van de (klinisch) verloskundigen voeren echter in de ziekenhuizen taken uit waarvoor ze niet bevoegd zijn, bij gebrek aan diploma. Onder impuls van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, bewust van de problematiek, ging in 2005 de masteropleiding tot ‘*physician assistant*’ (PA) van start.³⁵²

185. De masteropleiding op zich is vrij algemeen en staat ook open voor verpleegkundigen en paramedici die zich verder willen profileren. De hogescholen van Utrecht, Nijmegen, Rotterdam, Amsterdam en Groningen organiseren tegenwoordig deze masteropleiding van 2,5 jaar (combinatie studie en werk).³⁵³ Alleen de hogeschool van Rotterdam organiseert de *Master Physician Assistant (MPA) in Midwifery* in samenwerking met de afdeling verloskunde en gynaecologie van het Erasmus Medisch Centrum. Een tweejarige werkervaring als verloskundige en een arbeidsovereenkomst van minstens tachtig procent in het ziekenhuis zijn de belangrijkste toelatingsvoorwaarden.³⁵⁴

³⁴⁷ Art. 3, 1a. Besluit 2008.

³⁴⁸ Besluit 24 november 2008 houdende periodieke registratie van op grond van artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg ingeschrevenen, *Stb* 2008 no. 505; Nadere uitwerking in Regeling 18 maart 2009 van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van, MEVA/BO-2819721, houdende regels inzake de periodieke registratie op grond van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg; Het beoordelingskader deel 2g voor de verloskundigen beschrijft de criteria die bij de beoordeling van aanvragen voor herregistratie worden gehanteerd en is bedoeld om zorgverleners te ondersteunen in de voorbereiding op de herregistratie, zie https://www.bigregister.nl/doc/pdf/Beoordelingskader%20deel%202g_%20verloskundigen%20versie%201%200%20ter%20publicatie_36474.pdf.

³⁴⁹ <http://www.knov.nl/scholing-en-registratie/tekstpagina/443/registers/hoofdstuk/271/echoregister/>.

³⁵⁰ <http://www.knov.nl/scholing-en-registratie/tekstpagina/495/opleidingen/hoofdstuk/634/echo-opleiding/>.

³⁵¹ Zie uitgebreid KNOV, *Beroepsprofiel klinisch verloskundige*, 2013, 21 p.

³⁵² E. CELLISSEN, B. ENGELTJES en R. RIJKE “Klinisch verloskundige werkt zonder wettelijke dekking”, *Medisch contact* 2014, afl. 50, 2532-2533.

³⁵³ Zie voor meer info over het opleidingsprogramma <http://www.napa.nl/kennisbank/opleiding/opleiding/>, van de Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA).

³⁵⁴ Zie voor meer info <https://www.hogeschoolrotterdam.nl/opleidingen/master/physician-assistant-klinisch-verloskundige/duaal/>.

186. In uitvoering van artikel 36a BIG-wet ter bescherming van de titel van PA, legt het besluit van 2011 de wettelijke bevoegdheden vast.³⁵⁵ De te verwerven competenties situeren zich op het gebied van medische deskundigheid, communicatie, organisatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen en professionaliteit. De bekwaamheid van de klinisch verloskundige met een PA-specialisatie ligt, in tegenstelling tot de eerstelijnsverloskundige, in het domein van de pathologische verloskunde. Dit blijkt overduidelijk uit de opsomming van de voorbehouden handelingen in artikel 7 van *supra* vermeld besluit: het verrichten van heerkundige handelingen, endoscopieën (kijkonderzoek via natuurlijke opening), katheterisaties, puncties, electieve cardioversie (omzetten van een te snel in een normaal hartritme), het geven van injecties, het toepassen van defibrillatie en het voorschrijven van medicatie. De PA is bijgevolg autonoom bevoegd tot het stellen van een diagnose, de indicatie en de uitvoering van de behandeling voor zover dat bij de overgedragen taken behoort. De handelingen hebben een beperkte complexiteit, zijn routinematig van karakter en zijn beperkt qua risico.

187. Naast de masteropleiding biedt de hogeschool van Utrecht ook een éénjarige vervolgopleiding van klinisch verloskundige aan voor verloskundigen die al één jaar in het ziekenhuis werkzaam zijn. Tijdens hun opleiding blijven ze minstens voor zestig procent actief en het ziekenhuis en zijn ze gekoppeld aan een gynaecoloog die hen vast begeleidt tijdens de stages.³⁵⁶

B. Professionele bevoegdheid

188. De ‘Verloskundige Indicatie Lijst’ (voor doorverwijzing) van 2003 werkt de algemene screeningsbevoegdheid van de verloskundige verder uit. Deze lijst is een onderdeel van het Verloskundig Vademecum, een werkdocument opgesteld voor en door de verschillende beroepsorganisaties binnen de verloskundige zorg.³⁵⁷

189. De uitbreiding van drie naar vier taakgebieden in het vernieuwd beroepsprofiel (2014) geeft de aanzet tot verdere professionalisering van de verloskundige. Naast het begeleiden van de patiënte tijdens haar zwangerschap, zich gedragen als een professional in haar contacten met collega’s, moet de verloskundige zich ook inzetten voor wetenschappelijk onderzoek. Het *evidence based* werken wint aan belang en daar zijn ook de verloskundigen bewust van.³⁵⁸

³⁵⁵ Besluit van 21 december 2011 houdende tijdelijke regels inzake de opleiding, deskundigheid en tijdelijke zelfstandige bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen van de physician assistant (Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid physician assistant), *Stb* 2011 no. 658.

³⁵⁶ Zie voor meer info <http://www.umcutrecht.nl/nl/Opleidingen/Opleidingen-voor-zorgprofessionals/Ons-aanbod/Klinisch-verloskundige#Inschrijven>.

³⁵⁷ Commissie Verloskunde van het College voor zorgverzekeringen, *Verloskundig Vademecum, Verloskundige Indicatielijst*, 2003, 94-121, zie http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=rivmp:54651&type=org&disposition=inline&ns_nc=1; Zie verder hoofdstuk III.2.3-5.

³⁵⁸ KNOV, *Beroepsprofiel verloskundige*, 2014, 67 p.

190. In tegenstelling tot België waar elke zorgverlener op zich zijn eigen weg moet zoeken naar de hulpinstanties bij kindermishandeling of partnergeweld (Vertrouwenscentrum en gerechtelijk apparaat, politie), ontwikkelde de KNOV in 2013 een ‘meldcode’.³⁵⁹ Dit is een stappenplan voor de verloskundige om een vermoeden of incident van mishandeling van moeder of kind te melden met het oog op het verlenen van gepaste zorg/behandeling/opvang. De nadruk ligt op de wettelijke meldplicht op grond van een goed gestoffeerd dossier.³⁶⁰

³⁵⁹ KNOV, KNOV *Meldcode, Kindermishandeling en Huiselijk Geweld, Stappenplan voor verloskundigen*, 2013, 32 p; Dit was een update van de meldcode voor kindermishandeling van 2007.

³⁶⁰ Wet 14 maart 2013 tot wijziging van diverse wetten in verband met de invoering van de verplichting voor bepaalde instanties waar professionals werken en voor bepaalde zelfstandige professionals om te beschikken over een meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling en de kennis en het gebruik daarvan te bevorderen, onderscheidenlijk die meldcode te hanteren (verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling), *Stb* 2013, no. 142; Meer info op www.meldcode.nl.

II 6. DE FRANSE VROEDVROUW NA 1815

II.6.1. Juridisering in de 19^{de} eeuw

A. Een wettelijk geregelde opleiding

191. De ordonnantie van 2 februari 1823 officialiseerde de twee soorten van vroedvrouwen van tijdens de Franse revolutie: een *all-round* vroedvrouw, werkzaam in heel Frankrijk, en een departementale vroedvrouw werkzaam, binnen haar departement.³⁶¹ Er was een noodzaak aan goed opgeleide vroedvrouwen.³⁶²

192. De Wet van 30 november 1892 op de uitoefening van de geneeskunde reglementeerde de titels van *docteur en médecine*, tandarts (*chirurgien-dentiste*) en vroedvrouw.³⁶³ De titel van *docteur en chirurgie* werd afgeschaft. De vroedvrouwen mochten de verloskunde beoefenen na aflevering van een diploma 1^{ste} of 2^{de} klasse van de Franse regering, na examens voor een *Faculté de médecine, une École de plein exercice* of een *École préparatoire de médecine et de pharmacie de l'État*. Het decreet van 25 juli 1893 voerde een tweejarige opleiding in voor de kandidaat-vroedvrouw.³⁶⁴

B. Invloed medicalisering

193. Het decreet van 23 juni 1873 bood de vroedvrouw de bevoegdheid om moederkoorn (*ergot de seigle*) voor te schrijven om de baarmoeder te doen samentrekken na een bevalling.³⁶⁵ Dit was innoverend, want de ordonnantie van 29 oktober 1846 voorzag de levering van chemische middelen enkel aan dokters, heelmeesters en dierenartsen.³⁶⁶ Het decreet van 9 juli 1890 voorzag de bevoegdheid voor de vroedvrouw om antiseptische middelen voor te schrijven en te gebruiken, tien jaar na de invoering van de antisepsismethode in de ziekenhuizen van Parijs.³⁶⁷ Deze bevoegdheden

³⁶¹ S. BEAUVALET-BOUTOUYRIE, *Naître à l'hôpital au XIX^{ème} siècle*, 111-112; C. FREDJ, *Lois sur la réorganisation des professions de santé*, <http://dep-histoire.u-paris10.fr/dpt-ufr-ssa-histoire/international/mme-fredj-claire-252563.kjsp?RH=1333352515246>.

³⁶² G. VIALLET, "Des sages-femmes en France et de la nécessité d'ouvrir une école d'accouchement dans chaque département", *Journal de la société de statistique de Paris* 1866, 96-100.

³⁶³ Loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, JO 1 december 1892, hierna *Loi 1892 de la médecine*; Deze wet hief de wet van 1803 en de uitvoeringsbesluiten op, uitgezonderd (specifiek) het decreet van 1873 inzake het voorschrijven van medicatie door vroedvrouwen.

³⁶⁴ Décret 25 juillet 1893 relatif aux conditions d'études exigées des aspirantes aux diplômes de sage-femme, JO 26 juli 1893; C. DRAN, *La responsabilité pour faute des professionnels de santé, Spécificités de la sage-femme*, onuitg. masterproef Rechten Université Paris-Sud, 2013, 16. (hierna: C. DRAN, *La responsabilité pour faute des professionnels de santé*).

³⁶⁵ S. BEAUVALET-BOUTOUYRIE, *Naître à l'hôpital au XIX^{ème} siècle*, 192; Zie uitgebreid: J. PIERRE, "La longue histoire de l'ergot de seigle: Henri Stofft, Dame Dupille, sage-femme à Chaumont-en-vexin en 1774. De l'ergot de seigle au Méthergin", *Revue d'histoire de la pharmacie* 1997, 339-340.

³⁶⁶ M. COULON-ARPIN, *La maternité et les sages-femmes, de la préhistoire au XX^{ème} siècle*, 83.

³⁶⁷ O. MONTAZEAU en J. BETHUYS, *Histoire de la formation des Sages-Femmes en France*, 18; C. DRAN, *La responsabilité pour faute des professionnels de santé*, 16.

waren op zich wel vooruitstrevend. De Belgische vroedvrouw mocht moederkoorn voorschrijven vanaf 1908 (tot 1967), de Nederlandse pas vanaf 1932. Ook de invoering van de antiseptismethode liet langer op zich wachten. Pas in 1908 was de Belgische vroedvrouw verplicht antiseptische middelen voor te schrijven en te gebruiken. De Nederlandse wetgever voerde deze bevoegdheid nooit in.

194. De *Loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine* hief de *Loi du 19 ventôse an XI* en de uitvoeringsbesluiten op.³⁶⁸ Onwettige uitoefening van de geneeskunde of de verloskunde werd strafrechtelijk betoegeld met een geldboete of in geval van recidive met een geldboete en een gevangenisstraf.³⁶⁹ De wet van 1892 voorzag de assistentie van een dokter in geval van confrontatie met een pathologische bevalling: “*Dans les cas d'accouchement laborieux, elles feront appeler un docteur en médecine ou un officier de santé*”. Het invoeren van een hiërarchisch hoger geplaatste was een wettelijke verplichting geworden voor de vroedvrouw geconfronteerd met een moeilijke bevalling. Er was een expliciet verbod op het gebruik van instrumenten. Naast het voorschrijven en toedienen van moederkoorn, cfr. het decreet van 1873 inzake het voorschrijven van medicatie door vroedvrouwen, mochten ze ook vaccinaties plaatsen.³⁷⁰ Ter vergelijking, het vaccineren was voor de Belgische en de Nederlandse vroedvrouw pas toegelaten vanaf eind 1997, bijna een eeuw later.

195. Hoewel er veel vooruitgang was geboekt in de Franse ziekenhuizen op gebied van hygiëne, met het oog op het indijken van de maternale sterfte door kraambedkoorts (piek 1850-1870), bleef de thuisbevalling bij de vroedvrouw op het platteland de norm.³⁷¹ Vroedvrouwen hadden een zeer goede reputatie opgebouwd en konden onder meer op de steun rekenen van directrices van de onderwijsinstellingen voor vroedvrouwen.³⁷² Dokter Stephane Tarnier innoveerde de verloskundige zorg door nog meer de aandacht te vestigen op hygiëne, het gebruik van de eerste couveuses (incubatoren) voor prematuren en een optimalisatie van de forcepstechniek.³⁷³ Het aantal ziekenhuisbevallingen in Parijs ging in stijgende lijn op het einde van de 19^{de} eeuw en kende geen terugval meer.

³⁶⁸ Loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, hierna wet van 1892.

³⁶⁹ Art. 16-27 wet van 1892.

³⁷⁰ Art. 4 wet van 1892.

³⁷¹ C. DRAN, *La responsabilité pour faute des professionnels de santé*, 17.

³⁷² O. MONTAZEAU en J. BETHUYS, *Histoire de la formation des Sages-Femmes en France*, 18.

³⁷³ O. FAURE, “Scarlett Beauvalet-Boutouyrie, Naître à l'hôpital au XIX^e siècle, collection Modernités, Parijs, Belin, 1999, 432 p.”, *Cahiers d'histoire* 1999, 3, <http://ch.revues.org/276>.

II.6.2. Juridisering 20^{ste} eeuw

A. Opleiding

196. In de 20^{ste} eeuw wijzigde het onderwijs voor de kandidaat-vroedvrouwen drastisch.³⁷⁴ Vooreerst uniformeerde de wet van 5 augustus 1916 de beide categorieën van vroedvrouwen.³⁷⁵ Het decreet van 9 januari 1917 (gevolgd door twee ministeriële besluiten van 11 januari en 24 juli 1917) legden de basisopleiding vast.³⁷⁶ De wet n° 263 van 17 mei 1943 voegde een derde studiejaar toe. Binnen de driejarige opleiding was voortaan het eerste jaar gemeenschappelijk met de opleiding verpleegkunde.³⁷⁷

197. Het ministerieel besluit van 23 mei 1973 introduceerde vervolgens een nieuw studieprogramma. Het gemeenschappelijk jaar met de verpleegkunde verdween.³⁷⁸ Vervolgens breidde de opleiding met één jaar uit en werd vooral klinische opleiding belangrijk, overeenkomstig het interministerieel besluit van 27 december 1985.³⁷⁹

B. Professionele bevoegdheid

198. In 1911 stichtten enkele vroedvrouwen de *Fédération des sages-femmes de France*, de voorloper van de huidige beroepsorganisaties *Collège National des Sages-femmes* en de *Société Française de maïeutique*, die de verdere profilering van de Franse vroedvrouw als prioriteit beschouwden.³⁸⁰ Na de Tweede Wereldoorlog ging dit proces in stroomversnelling.

199. De ordonnantie van 24 september 1945 betreffende de organisatie van het beroep van geneesheer, tandarts en vroedvrouw bepaalde dat de vroedvrouw de beoefenaar was van de verloskunde en dat ze in geval van een pathologie een geneesheer diende te verwittigen.³⁸¹ Niets nieuws onder de zon zou men denken, maar de ordonnantie gaf ook de bevoegdheid aan de vroedvrouw om een patiënte prenataal te begeleiden tijdens haar zwangerschap. Het decreet van 30 september 1949 inzake de deontologie van de vroedvrouwen, dat het beroepsprofiel van de vroedvrouw gedetailleerder uitwerkte, voorzag ook een orde van vroedvrouwen met disciplinaire bevoegdheid. De *Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes* (CNOSF) zou mede instaan voor

³⁷⁴ C. DRAN, *La responsabilité pour faute des professionnels de santé*, 17.

³⁷⁵ Loi 5 août 1916 tendant à assurer le recrutement des sages-femmes et à supprimer la 2e classe pour les herboristes et les sages-femmes, JO 6 augustus 1916.

³⁷⁶ Décret et arrêtés 9 janvier 1917 relatifs au nouveau régime d'études des élèves sages-femmes, JO 13 januari 1917.

³⁷⁷ Loi n° 263 de 17 mai 1943 réglementant l'organisation des études en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme, gewijzigd bij de wet n° 191 van 24 april 1944, JO 27 april 1944.

³⁷⁸ Arrêté 23 mai 1973 fixant le programme des études de sages-femmes, JO 27 mei 1973.

³⁷⁹ Arrêté interministériel 27 décembre 1985 fixant le programme des études de sages-femmes, JO 21 januari 1986.

³⁸⁰ Zie hierover www.cnsf.asso.fr en <http://www.societe-francaise-maieutique.org>; Beide organisaties zijn lid van de ICM.

³⁸¹ Art. L369 Ordonnance n°45-2184 24 septembre 1945 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme, JO 28 september 1945.

het bewaken van kwaliteitsvolle zorgverlening. Daarnaast zette de orde zich ook in voor de (financiële) belangen van de vroedvrouwen en de garantie op een professioneel statuut.³⁸²

200. Dat de vroedvrouw een volwaardige beroepsbeoefenaar was binnen de verloskunde, bleek ook uit de opname van prestaties in de eerste nomenclatuur van 1949 onder *des actes professionnels*. De sociale zekerheid voorzag wel een tegemoetkoming van verloskundige prestaties, uitgevoerd door een vroedvrouw, in schril contrast met de Belgische regeling.³⁸³ Zowel een bevalling thuis als in het ziekenhuis werd terugbetaald, maar er was ook een tegemoetkoming voorzien voor een ziekenhuisverblijf na een bevalling met zorgverlening van de vroedvrouw aan moeder en kind. Dit laatste maakte de ziekenhuisbevalling financieel interessant.³⁸⁴ Vanaf 1952 zette de verschuiving naar ziekenhuisbevallingen zich verder door, ook wat de vrouwen wonend op het platteland betrof.³⁸⁵

201. In 1952 breidde het voorschrijfrecht van de vroedvrouw uit met verschillende producten, zoals zilvernitraat (ontsmetting ter preventie van een oogontsteking van de baby), moederkoorn, Morfine®³⁸⁶ en daarnaast ook zalven, alcoholische oplossingen en laxativa.³⁸⁷

202. In 1953 kwam de *Code de la santé publique* tot stand, waar de bevoegdheid van de vroedvrouw opnieuw werd vastgelegd, namelijk beoefenaar van de normale verloskunde, bevoegd om voor te schrijven en om te vaccineren. Voor verdere uitdieping van de bevoegdheid werd verwezen naar de *Code de déontologie*.³⁸⁸ De *Code de la santé publique* codificeerde alle voorgaande wetten, decreten en ordonnances relevant voor de publieke gezondheid.³⁸⁹

203. Een volgende uitbreiding van het voorschrijfrecht van de vroedvrouw kwam met het ministerieel besluit van 17 oktober 1983 dat ook verdovende middelen, middelen tegen

³⁸² Décret n°49-1351 30 septembre 1949 de déontologie des sages-femmes en application de l'art. 66 de l'ordonnance 45-2184 du 24-09-1945, *JO* 5 oktober 1949, hierna *Code de déontologie*.

³⁸³ Arrêté 29 octobre 1945 portant publication de la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens, spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux), *JO* 20 november 1945, opgeheven door arrêté 4 juillet 1960 fixant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et les auxiliaires médicaux, *JO* 5 juli 1960, opgeheven door arrêté 27 mars 1972 de nomenclature des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et les auxiliaires médicaux, *JO* 31 maart 1972, zie voor geconsolideerde versie: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/NGAP.pdf

³⁸⁴ O. MONTAZEAU en J. BETHUYS, *Histoire de la formation des Sages-Femmes en France*, 16; Zie voor de rol van de vroedvrouw in de Franse sociale zekerheid: Cour des comptes, *Sécurité sociale 2011, Le rôle des sages-femmes dans le système de soins*, 2011, 173-198, <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000546/0000.pdf>.

³⁸⁵ C. DRAN, *La responsabilité pour faute des professionnels de santé*, 17.

³⁸⁶ Arrêté 12 juin 1952 de délivrance par les pharmaciens de certaines substances vénéneuses aux sages-femmes, *JO* 18 juni 1952.

³⁸⁷ Arrêté 7 août 1952 de droit de prescriptions pour les sages-femmes, *JO* 15 augustus 1952.

³⁸⁸ Art. 369-371 Décret n°53-1001 5 octobre 1953 portant codification des textes législatifs concernant la santé publique, *JO* 7 oktober 1953, hierna *Code de la santé publique*.

³⁸⁹ Art. 792 *Code de la santé publique*.

misselijkheid, bloedingen enz. voorzag.³⁹⁰ Een ministerieel besluit van dezelfde datum lijstte de radiologische en labo-onderzoeken op, die de vroedvrouw kon aanvragen in de uitoefening van haar beroep.³⁹¹

204. Het was vroedvrouwen toegelaten om vanaf 1988 in de begeleiding van zwangerschap, bevalling en postpartum ook volgende werkinstrumenten gebruiken: een speculum, een CTG-monitor (cardiotocografie: foetale harttonen beluisteren in combinatie met weeënactiviteit), een PH-meter, hechtmateriaal (verondersteld wordt voor het perineum) en een echografietoestel.³⁹² Het ministerieel besluit van 1972 reglementeerde al het gebruik van reanimatiemateriaal.³⁹³

205. Qua competenties liet de Franse vroedvrouw op het einde van de 20^{ste} eeuw haar Belgische en Nederlandse collega ver achter zich. In 1991 verwierf de vroedvrouw immers, naast het plaatsen van een episiotomie en het hechten van het perineum, de volgende specifieke bevoegdheden: uitvoeren van een echografie tijdens de zwangerschap, de gynaecologische follow-up doen van een IUD (intra-uterien device = spiraal contraceptief), het uitvoeren van bekkenbodemreëducatie en het toedienen van een onderhoudsdosis bij een epidurale verdoving.³⁹⁴

³⁹⁰ Arrêté 17 octobre 1983 concernant des médicaments que les sages-femmes peuvent prescrire et conditions de leur délivrance par les pharmaciens, *JO* 30 oktober 1983.

³⁹¹ Arrêté 17 octobre 1983 concernant des examens radiologiques, de laboratoire et de recherche que les sages-femmes peuvent prescrire en ce qui concerne les mères et les enfants, *JO* 30 oktober 1983.

³⁹² Arrêté 3 octobre 1988 fixant la liste des instruments que peuvent employer les sages-femmes, *JO* 15 oktober 1988.

³⁹³ Arrêté 30 novembre 1972 concernant matériel de réanimation et boîte d'instruments pour intubation trachéale visés à l'art. 66 du code de déontologie des sages-femmes, *JO* 16 december 1972.

³⁹⁴ Décret n°91-779 8 août 1991 portant code de déontologie des sages-femmes, *JO* 14 augustus 1991 (opheffing van Code de déontologie van 1949); In 2004 werd de Code de déontologie via de artikelen R4127-301 tot R4127-367 in de Code de la Santé Publique ingevoegd door décret n° 2004-802 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, *JO* 8 augustus 2004.

II.6.3. Vandaag (en morgen)

206. In 2002 evolueerde de opleiding van een kandidaat-vroedvrouw naar een vijfjarige opleiding, door de implementatie van een eerste jaar geneeskunde (*PCEM1* = *première année du premier cycle des études médicales*). Uit deze eerste selectie worden de kandidaat-vroedvrouwen gerekruteerd, weliswaar beperkt via het *numerus clausus* systeem.³⁹⁵ Een ministerieel besluit bepaalde in 2001 het studieprogramma.³⁹⁶ Eind 2009 transformeerde de PCEM1 in PACES (= *Première Année Commune des Etudes de Santé*), die het eerste jaar over de verschillende medische opleidingen uniformeerde.³⁹⁷ Het basisdiploma van vroedvrouw kreeg in 2011 een licentieniveau en in 2013 een masterniveau.³⁹⁸

207. Een *upgrade* van de opleiding ging hand in hand met een verdere professionalisering van de vroedvrouw. Dat de ontwikkeling van het beroepsprofiel van de vroedvrouw en de verwetenschappelijking bovenaan de lijst stond van de wetgever en de vroedvrouwenorganisaties bleek tevens uit een verdere uitbreiding van het voorschrijfrecht. In 2004 werd de lijst van medicatie in drie nieuwe categorieën ingedeeld: middelen voor de moeder (zoals contraceptie, anti-D gammaglobulines®, Oxytocine®), middelen voor de pasgeborene (vitamines, paracetamol, vaccins) en verdovende middelen (zoals Morfine® en Nalbuphine®).³⁹⁹ Een ministerieel besluit van 2005 actualiseerde de lijst met vaccinaties die vroedvrouwen mogen toedienen.⁴⁰⁰ Een ministerieel besluit van 2006 laat de vroedvrouw toe verschillende hulpmiddelen voor te schrijven, zoals een elektrostimulator voor reëducatie van het perineum en in 2011 een IUD.⁴⁰¹

³⁹⁵ Loi n° 2002-73 17 janvier 2002 de modernisation sociale, *JO* 18 januari 2002; Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, *Numerus clausus à l'entrée des écoles de sages-femmes pour 2016*, Veille juridique, <http://www.ordre-sages-femmes.fr/infos-juridiques/decisions/>.

³⁹⁶ Arrêté 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sages-femmes, *JO* 19 december 2001.

³⁹⁷ Arrêté 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé, *JO* 17 november 2009.

³⁹⁸ Arrêté 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques, *JO* 10 augustus 2011; Arrêté 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme, *JO* 28 maart 2013; Zie voor meer info <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000546/0000.pdf>

³⁹⁹ Arrêté 23 février 2004 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes, *JO* 19 maart 2004, gewijzigd door arrêté 12 octobre 2011 en opgeheven door arrêté 4 février 2013 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires, *JO* 13 februari 2013; Dit laatste MB vervangt ook nog het 'arrêté 17 octobre 1983 fixant la liste des examens radiologiques, de laboratoire et de recherche que les sages-femmes peuvent prescrire' en het 'arrêté 3 octobre 1988 fixant la liste des instruments que peuvent employer les sages-femmes'.

⁴⁰⁰ Arrêté 22 mars 2005 fixant la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer, *JO* 3 april 2005.

⁴⁰¹ Arrêté 27 juin 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire, *JO* 2 juli 2006, gewijzigd bij arrêté 12 octobre 2011 modifiant l'arrêté du 27 juin 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire.

208. Aan verdere bevoegdheidsuitbreidingen is er geen gebrek:

- in 2006: gebruik van vaginale wisser (opsporen Gram B Streptokokken), oxymetrie van foetale pols, manuele afhaling van de placenta en revisie (uitgezonderd bij littekenuterus), opsporing van neuro-sensorische problemen bij de pasgeborene;⁴⁰²
- in 2008: acupunctuur mits het bezit van het vereiste diploma;⁴⁰³
- in 2009: specifiek kader voor de opsporing van het downsyndroom (trisomie 21) via echografie⁴⁰⁴
- in 2012: preconceptionele consultaties, manuele afhaling van de placenta en revisie (uitzondering weggelaten), plaatsen en opvolging van een (naast spiraal) armstaafje (contraceptief)⁴⁰⁵.

209. Begin 2014 verkreeg de vroedvrouw, net zoals de artsen, een onafhankelijk statuut in het ziekenhuis. Onderhandelingen over de revalorisatie van de prestaties van vroedvrouwen in de ziekenhuizen zijn nog volop aan de gang.⁴⁰⁶

210. Begin 2016 voerde de Franse wetgever een reeks modernisering door in de gezondheidszorg, die de *Code de la santé publique* gevoelig wijzigde.⁴⁰⁷ Voor de vroedvrouwen betekende dit opnieuw een bevoegdheidsuitbreiding:

- uitvoering van een abortus in een vroeg stadium (*interruption volontaire de grossesse* (IVG)) met medicatie;⁴⁰⁸
- het voorschrijven en het uitvoeren van de nodige vaccinaties bij de moeder binnen de acht weken postpartum en bij de baby binnen de 28 dagen na de geboorte;⁴⁰⁹
- het uitwerken van een proefproject, met een looptijd van drie jaar, waarbij in verschillende regio's een consultatiebureau zal worden voorzien voor een rookstopprogramma voor zwangere vrouwen⁴¹⁰.

⁴⁰² Décret n° 2006-1268 17 octobre 2006 relatif au code de déontologie des sages-femmes et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), *JO* 18 oktober 2006.

⁴⁰³ Décret n° 2008-863 27 août 2008 complétant le code de déontologie des sages-femmes, *JO* 29 augustus 2008.

⁴⁰⁴ Arrêté 23 juin 2009 fixant les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatals avec utilisation des marqueurs sériques maternels de la trisomie 21, *JO* 3 juli 2009.

⁴⁰⁵ Décret n° 2012-881 17 juillet 2012 portant modification du code de déontologie des sages-femmes, *JO* 19 juli 2012.

⁴⁰⁶ C. BORDENET, "Les sages-femmes obtiennent un statut médical à l'hôpital", *Le Monde* 4 maart 2014, http://www.lemonde.fr/societe/article/2014/03/04/les-sages-femmes-obtiennent-un-statut-medical-a-l-hopital_4377080_3224.html; Circulaire N° DGOS/RH4/2014/92 10 april 2014 relative à la mise en oeuvre des mesures prises en faveur de la reconnaissance des sages-femmes hospitalières et à l'application de certaines dispositions du décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé, http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/2/1814_GPACT-jour-circu-140410-01.pdf.

⁴⁰⁷ Loi n° 2016-41 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, *JO* 26 januari 2016.

⁴⁰⁸ Article L4151-1 *Code de la santé publique*.

⁴⁰⁹ Article L4151-2 *Code de la santé publique*.

⁴¹⁰ Article L4151-4 *Code de la santé publique*.

211. De *Conseil national de l'Ordre des sages-femmes* volgt de redactie van uitvoeringsbesluiten actief mee.⁴¹¹

212. Net zoals de Nederlandse wetgever gaat de Franse overheid de strijd aan tegen partnergeweld, door het ontwikkelen van een platform voor vrouwen die het slachtoffer zijn van enige vorm van mishandeling of geweld van hun partner.⁴¹² Opdat de dader strafrechtelijk zou kunnen gesanctioneerd worden, is het melden van een dergelijk incident cruciaal. De rol van de vroedvrouw in het leven van een (zwangere) vrouw is ook de *Conseil national de l'Ordre des sages-femmes* niet ontgaan.⁴¹³ In 2014 ontwierp de nationale raad een medische fiche die de vroedvrouw kan invullen om de schade aan haar patiënte in kaart te brengen.⁴¹⁴ Met dit medisch attest kan het slachtoffer een klacht indienen tegen de dader.⁴¹⁵

⁴¹¹ Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, *La loi de santé a été publiée au Journal officiel*, Nieuwsbrief 27 januari 2016, <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/la-loi-de-sante-a-ete-publiee-au-journal-officiel/>.

⁴¹² <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/>; Bij de Belgische overheidsinstelling het Instituut voor de gelijkheid van mannen en vrouwen is partnergeweld ook een prioriteit, maar de focus ligt op de melding van het slachtoffer of getuigen, veel minder op de rol van de zorgverleners, <http://igvm-iefh.belgium.be/nl/actiedomeinen/geweld/partnergeweld> en www.partnergeweld.be.

⁴¹³ Zie verder over de werking van de *Conseil national de l'Ordre des sages-femmes*, hoofdstuk IV.2.3.

⁴¹⁴ In uitvoering van artikelen R.4127-316 en R.4127-333 *Code de la santé publique*.

⁴¹⁵ http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/2020_CNOSF_fiche_1_certificat_medical_descriptif_des_sages-femmes.pdf.

BESLUIT

213. De bevoegdheden van de Belgische, Nederlandse en Franse vroedvrouw zijn in overeenstemming met de richtlijn van het Europees Parlement en de Raad nr. 2005/36/EG van 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties. De minimale bevoegdheden van de vroedvrouw zijn:⁴¹⁶

- “a) goede voorlichting en adviezen over gezinsplanning verstrekken;
- b) zwangerschap vaststellen en het normale verloop ervan blijven volgen, onderzoeken verrichten die nodig zijn voor het toezicht op het normale verloop van de zwangerschap;
- c) de onderzoeken voorschrijven of adviseren die nodig zijn om de diagnose van een zwangerschap met gevaar voor complicaties zo vroeg mogelijk te kunnen stellen;
- d) een programma opstellen ter voorbereiding op het ouderschap, de bevalling volledig voorbereiden en de ouders raadgevingen verstrekken over hygiëne en voeding;
- e) de vrouw tijdens de bevalling bijstaan en de toestand van de foetus in utero met passende klinische en technische middelen volgen;
- f) normale bevallingen bij achterhoofdsligging verrichten en daarbij zo nodig episiotomie toepassen, alsmede in noodgevallen bevallingen bij stuitligging verrichten;
- g) bij moeder en kind de tekenen van stoornissen onderkennen waarbij het ingrijpen van een arts vereist is en hem indien nodig assisteren; bij afwezigheid van de arts spoedmaatregelen nemen, met name de placenta met de hand verwijderen en eventueel daarna de baarmoeder inwendig onderzoeken;
- h) de pasgeborene onderzoeken en verzorgen; alle nodige maatregelen nemen en in voorkomend geval onmiddellijk reanimatie toepassen;
- i) de kraamvrouw verzorgen, toezien op de gevolgen van de bevalling voor de moeder en alle nuttige adviezen verstrekken aan de moeder met betrekking tot de kinderverzorging, zodat de pasgeborene in de beste omstandigheden kan worden grootgebracht;
- j) de door een arts voorgeschreven behandeling toepassen;
- k) de nodige schriftelijke verslagen opstellen”.

214. Het hoeft geen betoog dat de minimale bevoegdheden in de drie landen geïnstalleerd zijn. Hoewel het profiel van de Belgische, Nederlandse en Franse vroedvrouw van oorsprong vergelijkbaar was, creëerden verschillende wetswijzigingen een grote kloof tussen enerzijds de Nederlandse verloskundige (poortwachtersfunctie in eerste lijn), de Franse vroedvrouw (de zorgverlener bij uitstek voor zowel de verloskundige als gynaecologische zorgverlening) en de Belgische vroedvrouw, die vooral werkzaam is onder de vleugels van de arts en haar autonome bevoegdheden niet optimaal benut.

⁴¹⁶ Alle drie de beroepsprofielen zijn conform art. 42 richtlijn Europees Parlement en Raad nr. 2005/36/EG, 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties, *Pb. L.* 30 september 2005, afl. 255, 45.

215. Schematisch kan de evolutie van de verschillende bevoegdheden als volgt worden voorgesteld:

BEVOEGDHEID	BELGIE	NEDERLAND	FRANKRIJK
Begeleiding normale bevalling en postpartum	Kaderwet 1818 KB 1908 KB 1924 KB 1962 KB nr. 78 1967 KB 1991	Kaderwet 1818 Wet geneeskunde 1865 BIG-wet 1993	Wet geneeskunde 1803 Wet geneeskunde 1892 Ordonnantie 1945 Decreet 1949: code de déontologie Code de la santé publique 1953
Stuitbevalling begeleiden	Kaderwet 1818 KB 1908 KB 1924 KB 1962: na eerste normale bevalling of in dringende gevallen KB 1991: enkel in dringende gevallen	Kaderwet 1818 Wet geneeskunde 1865 Wet 1924: kunstbewerking na verwittiging geneesheer Wet 1932: opgeheven, is liggingsafwijking	Wet geneeskunde 1803 Wet geneeskunde 1892 Ordonnantie 1945 Code de la santé publique 1953
Instrumenten hanteren	Steeds verbod	Steeds verbod	Wet geneeskunde 1803: forceps (na verwittiging geneesheer) MB 1812: opgeheven Wet geneeskunde 1892: verbod
Reanimeren	KB 1990 KB 1991	Besluit 1997 en Besluit 2008: enkel pasgeborene	MB 1812 MB 1972
Inwendige kering van stuit- naar hoofdligging	KB 1908 KB 1924: opgeheven KB 1962 en KB 1991: alleen in dringende gevallen	Wet 1924: kunstbewerking na verwittiging geneesheer	

Uitwendige kering		Wet 1924: kunstbewerking na verwittiging geneesheer Wet 1932 Wet 1951 Besluit 1997 Besluit 2008	
Voorschrijven en toedienen medicatie	KB 1908: moederkoorn, laxativa, antiseptische middelen KB 1924 KB 1962: uitgebreid KB nr. 78 1967: impliciet opgeheven KB 1990: enkel toedienen op voorschrift geneesheer KB 1991: expliciet opgeheven KB 2013: weer ingevoerd (o.a. orale contraceptie) KB 2016: uitgebreid met o.a. antibiotica	Wet 1924: moederkoorn Wet geneeskunde 1932: uitgebreid Wet 1951: gedetailleerder Besluit 1979: uitgebreid Besluit 1988: uitgebreid Besluit 1989: uitgebreid BIG-wet 1993 Besluit 1997: uitgebreid Besluit 2008 Besluit 2011	Decreet 1873: moederkoorn, laxativa Decreet 1890: antiseptische middelen Wet geneeskunde 1892 MB 1952: uitgebreid Code de la santé publique 1953 MB 1983: uitgebreid met o.a. verdovende middelen MB 2004: uitgebreid met o.a. contraceptie
Plaatsen episiotomie	KB 1924 KB 1962 KB 1991	Wet 1951 Besluit 1997 Besluit 2008	Decreet 1991: code de déontologie
Hechten perineum (na inscheuring of episiotomie)	KB 1962: verbod KB 1991: toegelaten	Wet 1951: enkel na inscheuring Wet 1978 Besluit 1997 Besluit 2008	MB 1812 MB 1988 Decreet 1991: code de déontologie
Amniotomie uitvoeren	KB 1962	Besluit 1997 Besluit 2008	MB 1988 MB 2013
Prenatale begeleiding zwangerschap	KB 1962 KB 1991	Wet 1932 Wet 1951 Besluit 1997 Besluit 2008	Ordonnantie 1945 MB 1988

Echografie uitvoeren	Wet 2006: nog geen KB	Besluit 1997: vaginale echoscopie, expliciet abdominale echo Besluit 2007: idem	MB 1988 Decreet 1991: code de déontologie
Bekkenbodem-reëducatie	Wet 2006: nog geen KB		Decreet 1991: code de déontologie MB 2006
Onderhoudsdosis EDA toedienen	KB 2007		Decreet 1991: code de déontologie
Vaccineren	KB 1908: verbod KB 1924: verbod KB 1997: toegelaten zonder specificatie	Besluit 1988: enkel hepatitis B bij de moeder Besluit 1989: ook hepatitis B bij de baby	Wet geneeskunde 1892 Code de la santé publique 1953 MB 2004: (ook enkele voorschrijven) MB 2005: uitgebreid
Gezondheids-voorlichting geven	KB 1991 Wet 2006	Wet 1978: enkel voeding Besluit 1997: uitgebreid Besluit 2008	Decreet 1991: code de déontologie
Labo en andere onderzoeken voorschrijven	KB 1990 KB 1991	Wet 1951: enkel bloedonderzoek BIG-wet 1993 Besluit 1997 Besluit 2008	MB 1983 Decreet 1991: code de déontologie
Infuus aanleggen	KB 1990	Besluit 1997 Besluit 2008	MB 1983
Toezicht/plaatsen IUD		Besluit 2008: plaatsen IUD	Decreet 1991: code de déontologie MB 2011: en voorschrijven
Plaatsen en opvolgen armstaafje			Decreet 2012
Vaginale wisser en baarmoederuitstrijkje	KB 1991	Wet 1978 Besluit 1997 Besluit 2008	Decreet 2006: code de déontologie

Manuele afhaling en revisie placenta	KB 1962 en KB 1991: alleen in dringende gevallen	Niet expliciet in de nationale wetgeving voorzien	Decreet 2006: code de déontologie (uitgezonderd bij littekenuterus) Decreet 2012: uitzondering weggelaten
Opsporen neuro-sensorische problemen baby			Decreet 2006: code de déontologie
Acupunctuur			Decreet 2008
Pre-conceptie consultaties		Besluit 1997 Besluit 2008	Decreet 2012
Info en indicatie prenatale diagnostiek	Wet 2006: nog geen KB	Besluit 1997 Besluit 2008	

216. Het vertrekpunt was gelijkaardig, voor de Belgische en Nederlandse vroedvrouw was dit de kaderwet van 1818 en voor de Franse vroedvrouw was dit de wet op de geneeskunde van 1803. De vroedvrouw was de beoefenaar van de normale verloskunde (naast de vroedmeester en de dokter). In de drie landen verdween de vroedmeester al vlug van het toneel en profileerde de vroedvrouw zich verder in de normale verloskunde. Het tempo en de uitkomst verschillen echter aanzienlijk.

217. Bij de Belgische vroedvrouw was er sprake van een aarzelend beleid qua uitbreiding van bevoegdheden en opleiding en een absolute voorkeur qua sociale zekerheid in de terugbetaling van prestaties uitgevoerd door dokters. Nederland bouwde gestaag de bevoegdheden op. De focus lag vooral op de screeningsbevoegdheid in de prenatale periode (sinds de jaren '30; ter vergelijking: in België pas vanaf de jaren '60). Het Ziekenfondsenbesluit van 1941 verzegelde de poortwachtersfunctie van de Nederlandse vroedvrouw en installeerde de voorwaarde van een medische indicatie voor (de omvang van) de terugbetaling van een ziekenhuisbevalling. Nederland gaat voor een zeer specifieke beroepsentiteit, vermits de verzorgende taken van moeder en kind in de ziekenhuizen vooral voor de kraamverpleegkundige zijn, terwijl de Belgische vroedvrouw meer instaat voor totaalzorg. In tegenstelling tot de Belgische heeft de Nederlandse verloskundige een bevoorrechte positie in de normale verloskunde ten opzichte van de gynaecoloog, die zich vooral toelegt op de pathologische verloskunde.

218. De Franse vroedvrouw vervult een voorname rol binnen de normale verloskunde, maar laat zich ook gelden in de pathologische verloskunde, vermits ze een uitgebreid arsenaal aan medicatie mag voorschrijven. De wijzigingen/uitbreidingen van de wettelijke bevoegdheden volgden elkaar in snel tempo op en de Franse vroedvrouw evolueerde naar een volwaardige en onafhankelijke zorgverlener, zowel in de verloskunde als in de gynaecologie. Het uitvoeren van een echo en het

geven van bekkenbodemreëducatie behoren sinds 1991 tot de bevoegdheden van de Franse vroedvrouw. Voor de Belgische vroedvrouw is dit nog niet het geval. De daartoe noodzakelijke uitvoeringsbesluiten laten al meer dan tien jaar op zich laten wachten. Het anticonceptiebeleid van de Franse vroedvrouw is ook uitgebreid, in vergelijking met de Belgische vroedvrouw, waar dit beperkt is tot orale contraceptie tot drie maanden na de bevalling.

219. De opbouw en de inhoud van de opleiding verschillen aanzienlijk.⁴¹⁷ Terwijl Vlaanderen zich nog steeds buigt over een vierde bachelor jaar, is er in de Waalse Gemeenschap en Nederland al sinds de jaren '90 een vierjarige opleiding. Met het *numerus clausus* systeem en de toepassing van selectiecriteria in slechts drie scholen, beoogt Nederland de aflevering van gedreven kandidaten in verhouding tot de plaatsen op de arbeidsmarkt. Frankrijk legt sinds 2002 de brug met de opleiding geneeskunde en rekruteert de kandidaat-vroedvrouwen uit de lichte van geslaagden voor het eerste jaar geneeskunde. Daarna volgt een specifieke vierjarige opleiding die resulteert in een masterdiploma.

220. In tegenstelling tot de Belgische, boden de Franse en Nederlandse vroedvrouwen aardig weerwerk tegen de medicalisering van het geboorteprocés en de concurrentie van de dokters. De invloed van de beroepsorganisaties was groter en dat bood financiële en professionele opportuniteiten.

⁴¹⁷ Alle drie de opleidingen zijn conform art. 40 richtlijn Europees Parlement en Raad nr. 2005/36/EG, 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties, *Pb. L.* 30 september 2005, afl. 255, 44; Opheffing van richtlijnen Raad nr. 80/154/EEG, 21 januari 1980 inzake de onderlinge erkenning van de diploma's, certificaten en andere titels van de verloskundige, tevens houdende maatregelen tot vergemakkelijking van de daadwerkelijke uitoefening van het recht van vestiging en vrij verrichten van diensten, *Pb. L.* 11 februari 1980, afl. 33, 1 en richtlijn Raad nr. 80/155/EEG, 21 januari 1980 inzake de coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen betreffende de toegang tot en de uitoefening van de werkzaamheden van verloskundige, *Pb. L.* 11 februari 1980, afl. 33, 8.

Hoofdstuk III: De vroedvrouw voor de rechter

221. De voorname positie van de vroedvrouw in de uitoefening van de verloskunde kelderde in de 19^{de} eeuw. Uit voorgaand hoofdstuk bleken de voornaamste oorzaken de concurrentie met de mannelijke dokters en vroedmeesters, de doorgedreven medicalisering van het geboorteprocés en het gebrek aan opleiding van de vroedvrouw te zijn. Gedurende de 20^{ste} eeuw speelde de vroedvrouw opnieuw een belangrijke rol binnen de verloskundige zorg, zowel in België, Nederland als Frankrijk door onder meer een nieuwe (langere) opleiding en nieuwe bevoegdheden.

222. Dit hoofdstuk schetst de evolutie van de aansprakelijkheid van de Belgische, Nederlandse en Franse vroedvrouw gedurende de 19^{de} en 20^{ste} eeuw en het begin van de 21^{ste} eeuw. In het eerste deel staat de strafrechtelijke vervolging van de vroedvrouw centraal. De overheid zette in op de bescherming van de uitoefening van de verloskunde, maar tegelijk ook op de afbakening van de bevoegdheden van de verschillende beoefenaars van de verloskunde. De vraag rijst of de afbakening van de beroepsbekwaamheid van de vroedvrouw enige invloed had op haar aansprakelijkheid of die van collega-zorgverleners.

223. Het tweede deel belicht de risico's van aansprakelijkheid binnen de verloskunde vanaf de tweede helft van de 19^{de} eeuw. Een rechtspraakanalyse moet de valkuilen van aansprakelijkheid voor de zorgverlener blootleggen, met het oog op het formuleren van bepaalde aanbevelingen om schadegevallen of enige vorm van aansprakelijkheid te minimaliseren.

III 1. DE VROEDVROUW VOOR DE (STRAF) RECHTER IN DE 19^{DE} EN EERSTE HELFT VAN DE 20^{STE} EEUW

224. Het verzamelen van representatieve uitspraken waar het verloskundig handelen van de vroedvrouw ter discussie stond in die periode, was geen evidentie. De gepubliceerde rechtspraak was zeer miniem en door de bombardementen tijdens de wereldoorlogen in de eerste helft van de 20^{ste} eeuw, ging veel archiefmateriaal in rook op. Het bleek al snel zoeken naar een speld in een hooiberg. De inclusiecriteria werden vervolgens uitgebreid naar 'betrekking hebben op verloskundig handelen'.

225. Vertrekkend van dit breder perspectief vond een grondige analyse plaats van Belgische, Nederlandse en Franse vonnissen/arresten. De afwezigheid van uitspraken betreffende de burgerlijke aansprakelijkheid van de vroedvrouw of een andere beoefenaar van de verloskunde, sprong meteen in het oog. De strafrechtelijke vervolging was de norm. Na analyse bleek er vooral sprake van vervolging van de volgende misdrijven: de onwettige uitoefening van de verloskunde door niet-gediplomeerden (zie III.1.1), de onwettige uitoefening van de geneeskunde door vroedvrouwen (zie III.1.2), de onwettige uitvoering van abortus door vroedvrouwen (zie III.1.3) en het toebrengen van onopzettelijke slagen en verwondingen/doding door vroedvrouwen (zie III.1.4).

Ten slotte volgt de toelichting van enkele uitspraken waarbij vroedvrouwen hun administratieve verplichtingen ten aanzien van de overheid in hun beroepsuitoefening niet nakwamen (zie III.1.5).⁴¹⁸

III.1.1. Beteugeling van onwettige uitoefening van de verloskunde door niet-gediplomeerden

226. In Frankrijk beoogde de *Loi du 19 ventôse an XI* de uitoefening van de geneeskunde over te laten aan personen met een specifieke opleiding, afgerond met een diploma. Elke zorgverlener moest zich registreren op een lijst, bijgehouden door de rechtbank van eerste aanleg en op departementsniveau door de prefect. Professionele activiteiten stellen zonder deze registratie, kon aanleiding geven tot een penale boete.⁴¹⁹ Naast de dokters (in de genees- of heilkunde) voerden alleen *officiers de santé* en vroedvrouwen medische handelingen uit. Op het onwettig uitoefenen van de verloskunde door niet gediplomeerde vrouwen stond een geldboete van honderd frank. De boete verdubbelde bij recidivisme en bovendien kon een gevangenisstraf van zes maanden worden uitgesproken.⁴²⁰

227. In het Verenigd Koninkrijk der Nederlanden bepaalde de kaderwet van 1818 de grenzen voor de uitoefening van onder meer het beroep van dokter, heelmeeester, vroedmeester, vroedvrouw, apotheker en drogist (zie *supra*).⁴²¹ De ‘provinciale commissies van geneeskundig onderzoek en toezicht’ hielden controle op de zorgvuldige uitoefening van elk beroep binnen de geneeskunde.⁴²² Elke beroepsbeoefenaar met het vereiste diploma diende voor te komen op de lijst van de bevoegde provinciale commissie om zijn/haar beroep wettig uit te oefenen.⁴²³ Op zich was dit een puur administratieve aangelegenheid, waar de rechtbanken zich niet over uitspraken.⁴²⁴ Het niet voorkomen op deze lijst en toch medisch handelen kon echter wel aanleiding geven tot een vervolging wegens onwettige uitoefening.⁴²⁵ De arrondissementsrechtbank te Amersfoort bijvoorbeeld sprak (in hoger beroep) een dokter in de verloskunde vrij, omdat hij wel degelijk het correcte diploma bezat en zich registreerde op de lijst van de bevoegde provinciale commissie. Alleen de toestemming van het lokale bestuur van Amerongen ontbrak, maar dat was geen wettelijke vereiste.⁴²⁶

⁴¹⁸ Gelet op de beperkte omvang van het aantal zaken, is niet geopteerd voor een statistische analyse.

⁴¹⁹ Art. 35 *Loi du 19 ventôse an XI*; Grenoble 13 augustus 1828, *Pand. f.*, v° Médecine, nr. 68: vrijspraak van een vroedvrouw, ze had zich wel degelijk geregistreerd op de lijst van de prefect in het departement waar ze haar beroep uitvoerde.

⁴²⁰ Art. 36 *Loi du 19 ventôse an XI*.

⁴²¹ Zie randnr. 75.

⁴²² Artikel 1 kaderwet van 1818.

⁴²³ Art. 18 kaderwet van 1818 *juncto* art. 25-26 KB Geneeskundig Onderzoek.

⁴²⁴ Brussel 30 november 1821, *Pas.* 1821, 508; Luik 3 maart 1859, *BJ* 1859, 1272.

⁴²⁵ Brussel 29 december 1832, *Pas.* 1832, 310; Brussel 10 juli 1858, *BJ* 1859, 1271; Brussel 11 januari 1877, *Pas.* 1877, 162 *contra* Brussel 6 juni 1837, *Pas.* 1837, 122; Brussel 15 februari 1861, *Pas.* 1861, 271.

⁴²⁶ Arrondrb. Amersfoort 19 mei 1842, *Wvhr* 1842, afl. 324, voorziening afgewezen door HR 4 oktober 1842, *Wvhr* 1843, afl. 355 en *BJ* 1843, 249; Gelijkaardige zaak: Arrondrb. Assen 26 juni 1848, *Wvhr* 1848, afl. 929.

228. Het positieve voor de vroedvrouw aan de kaderwet van 1818 was het paal en perk stellen aan de uitoefening van de verloskunde zonder het vereiste diploma. De bescherming van deze specifieke tak binnen de geneeskunde was primordiaal. Dit betekende terecht de doodsteek voor de praktijken van de bakkers. Het beoefenen van de verloskunde door een persoon zonder het vereiste diploma werd bestraft met een geldboete en de confiscatie van de eventueel gebruikte geneesmiddelen. Bij recidivisme werd de boete verdubbeld en bij een derde overtreding werd een gevangenisstraf opgelegd van twee weken tot zes maanden.⁴²⁷

229. Het uitoefenen van een andere tak van de geneeskunde, dan deze waartoe men gerechtigd was, kon aanleiding geven tot een geldboete, een verdubbeling van de geldboete bij recidivisme en bij een derde overtreding een schorsing van de beroepsuitoefening van zes weken tot één jaar.⁴²⁸ De Hoge Raad vernietigde bijvoorbeeld een arrest waarbij een dokter was veroordeeld wegens het verlossen van twee vrouwen, terwijl hij niet over het vereiste diploma *artis obstetriciae* beschikte.⁴²⁹ De Hoge Raad hield terecht rekening met de wetswijziging van de kaderwet van 1818, waarbij het cumulverbod voor de *medicinae doctores* om verschillende takken te combineren was opgeheven.⁴³⁰ Bijgevolg ontbrak enige rechtsgrond om een dokter die de verloskunde beoefende strafbaar te stellen op grond van artikel 19 kaderwet van 1818.

230. Het vervolgen van officiële zorgverleners bleek marginaal te zijn, ten opzichte van de vervolging van personen die zich het recht om de verloskunde te beoefenen, onterecht toe-eigenden. Ook wie autonoom de verloskunde beoefende tijdens het volgen van de opleiding, stelde zich bloot aan strafrechtelijke sancties. Dit was zeer terecht, gezien de supervisie van de ‘gediplomeerde mentor’ ontbrak. Er was met andere woorden geen enkele mate van controle of bijsturing mogelijk op het handelen van de student, niet zonder gevaar voor de patiënte natuurlijk.

A. Onwettige uitoefening door gebrek aan opleiding/diploma

A.1. Het Belgische vervolgingsbeleid

231. Uit de gepubliceerde rechtspraak bleek dat er op verschillende plaatsen een gedoogbeleid bestond ten aanzien van bakkers, wellicht vooral ten gevolge van het tekort aan vroedvrouwen werkzaam buiten de stadsgebieden. De burgemeester van Braine-la-Lende bijvoorbeeld vroeg in 1821 de toelating aan de geneeskundige commissie van Zuid-Brabant (vandaag Waals-Brabant) om zeven bakkers verder te laten werken, omdat er slechts één officiële vroedvrouw was voor

⁴²⁷ Art. 18 kaderwet van 1818.

⁴²⁸ Art. 19 kaderwet van 1818.

⁴²⁹ Kantongerecht Zuidbroek 3 augustus 1855, *Wvhr* 1857, afl. 1837, hervormd door Arrondrb. Winschoten 5 oktober 1855, *Wvhr* 1855, 1690 en *N. Pas*, v° Geneeskunde, 56, vernietigd door HR 8 januari 1856.

⁴³⁰ Opheffing artikelen 11-13 kaderwet van 1818 door Wet 27 maart 1838 houdende wijzigingen in die van den 12 maart 1818, nopens de gecombineerde uitoefening van eenige takken der geneeskunde, *Stb* 1838 no. 16.

drieduizend inwoners, die nog eens zeer verspreid in het dorp woonden.⁴³¹ Een gedoogbeleid ten aanzien van bakers druiste volledig in tegen de essentie van de kaderwet van 1818. Het was natuurlijk een kwestie van kiezen tussen de cholera of de pest: vrouwen helemaal alleen laten bevallen of toch bijstand toestaan van vrouwen die steun konden bieden, maar wiens medisch handelen door gebrek aan opleiding te wensen overliet. Het was tevens te betreuren dat de lokale besturen een passief beleid voerden ten aanzien van het rekruteren van vroedvrouwen.

232. Het gedoogbeleid was echter de uitzondering, de vervolging van niet-gediplomeerden was de regel.

Het hof van beroep van Brussel bijvoorbeeld veroordeelde op het einde van de 19^{de} eeuw verschillende bakers. Het hof hechtte geen geloof aan de leugenachtige getuigenissen van de vrouwen, zoals “ze heeft gewoon toegekeken en er geen geld voor gevraagd” of “alleen mijn man was er bij, zij heeft enkel de baby gewassen”. Deze getuigenissen weken immers af van hun eerdere verklaringen aan de lokale politie, waarbij telkens werd toegegeven dat de baker hen assisteerde bij hun bevalling. Er was bovendien vaak sprake van recidivisme bij de veroordeelden.⁴³²

Na een klacht van een officiële vroedvrouw veroordeelde de correctionele rechtbank van Gent een baker wegens het (beroepsmatig) assisteren bij bevallingen.⁴³³

Het hof van beroep van Brussel sprak een vrouw vrij voor onopzettelijke doding. Het was niet bewezen dat ze bij het manipuleren tijdens de stuitbevalling daadwerkelijk een uterusruptuur veroorzaakte, met het overlijden van moeder en kind tot het gevolg. Wel werd de vrouw veroordeeld voor onwettige uitoefening van de verloskunde, wegens het éénmalig assisteren van een bevalling.⁴³⁴

Ook de assistentie door een niet-gekwalificeerde vrouw leidde tot een veroordeling door de correctionele rechtbank te Hasselt voor onwettige uitoefening van de verloskunde.⁴³⁵

Het hof van beroep van Gent kende minder bewijswaarde toe aan de eerste verklaringen van de bevallen vrouwen en verleende twee zussen de vrijspraak. Het was niet bewezen dat de zussen herhaaldelijk vrouwen assisteerden bij hun bevalling, zonder over het vereiste

⁴³¹ SCHEEPERS, *Opkomst van het Medisch beroep in België: de evolutie van de wetgeving en de beroepsorganisatie in de 19de eeuw*, 56-57.

⁴³² Brussel 30 april 1868, Brussel, Rijksarchief, Hof van beroep Brussel, dossiernr. 1935; Brussel 22 augustus 1868, Brussel, Rijksarchief, Hof van beroep Brussel, dossiernr. 1943; Brussel 15 januari 1869, Brussel, Rijksarchief, Hof van beroep Brussel, dossiernr. 1958; Brussel 18 januari 1878, Brussel, Rijksarchief, Hof van beroep Brussel, dossiernr. 2632; Brussel 14 juni 1882, Brussel, Rijksarchief, Hof van beroep Brussel, dossiernr. 2964.

⁴³³ Corr. Gent 15 februari 1897, Beveren-Waas, Rijksarchief, Correctionele rechtbank Gent, dossiernr. 95124.

⁴³⁴ Brussel 28 juni 1872, Brussel, Rijksarchief, Hof van beroep Brussel, dossiernr. 2203.

⁴³⁵ Corr. Hasselt 13 juni 1874, *Pas.* 1874, 235.

diploma te beschikken. In tegenstelling tot hun verklaringen aan de lokale politie, verklaarden de tien getuigen immers aan de onderzoeksrechter dat de zussen in kwestie telkens hun baby hadden gewassen en enkel hun man bij de bevalling aanwezig was.⁴³⁶

233. Het stellen van medische handelingen (materieel element) op zich was niet voldoende voor een veroordeling. De rechtbanken namen ook het moreel element in overweging. Zo stelde de raadkamer te Tongeren in 1847 een priester buiten vervolging voor het uitvoeren van een sectio op een overleden moeder, omdat het om een geïsoleerd feit ging en omdat de baby net lang genoeg geleefd had om gedoopt te worden. De priester had niet de intentie om de baby te ‘verlossen’.⁴³⁷

234. Spoedeisendheid bij een bevalling was geen vrijgeleide voor een persoon zonder de vereiste kwalificatie om een bevalling te assisteren, zeker niet als in de dichte omgeving een vroedmeester of vroedvrouw woonde, die bijstand kon verlenen. Het zou natuurlijk vrij *gratuit* zijn om zich steeds op deze rechtvaardigingsgrond te beroepen, vermits er bij een bevalling wel vaak een vorm van spoedeisendheid aanwezig is. De correctionele rechtbank van Kortrijk bijvoorbeeld veroordeelde een verzorgster (*garde-couche*) voor onwettige uitoefening van de verloskunde wegens het begeleiden van een bevallen vrouw en niet de bijstand in te roepen van een vroedmeester of vroedvrouw, die zich nochtans in de nabije buurt bevond.⁴³⁸

235. Het artsenkorps was bijzonder begaan met het aan de kaak stellen van illegale praktijken. Dit gegeven bleek uit de aandacht die de *Gazette médicale belge*, een wekelijks tijdschrift voor en door artsen met kritische kanttekeningen betreffende de medische zorg, schonk aan deze problematiek.⁴³⁹ De *Gazette médicale belge* publiceerde vanaf 1843 onder de rubriek ‘*Nouvelles Médicales*’ de veroordelingen wegens onwettige uitoefening van de verloskunde.⁴⁴⁰ Uit een persbericht viel ook af te leiden dat een arts die klacht neerlegde tegen een baker, een schouderklopje verdiende en dat het goeie voorbeeld moest gevolgd worden:

“Le 7 mars dernier, les matrones exerçant illégalement l’art des accouchements dans la commune de Berlaer ont comparu devant le tribunal de Malines par suite de la courageuse dénonciation de notre collègue Verswollen, car il y a du courage aujourd’hui à oser défendre soi-même ses droits, alors que les commissions médicales ne le font pas. Tout ces faits ont été signalés à qui de droit,

⁴³⁶ Gent 7 november 1904, Gent, Rijksarchief, Hof van beroep Gent, dossiernr. 28293 en 28294.

⁴³⁷ Rk. Tongeren 14 mei 1847, *BJ* 1848, 28.

⁴³⁸ Corr. Kortrijk 27 oktober 1865, *BJ* 1865, 1584.

⁴³⁹ *Gazette médicale belge: journal hebdomadaire de littératures, de critique et de nouvelles médicales*, editors dokter Ph.-J. Van Meerbeeck en Ch. Van Swygenhoven, uitgeverij Parent.

⁴⁴⁰ Bijvoorbeeld: Namen 19 januari 1843 en Luik 26 januari 1843, *Gazette médicale belge* 1843, afl. 12, 46; Corr. Brussel 17 mei 1843, Corr. Kortrijk 19 mei 1843, Corr. Bergen 10 mei 1843, *Gazette médicale belge* 1843, afl. 25, 112; Corr. Dendermonde 30 januari 1846, Antwerpen 12 mei 1846, *Gazette médicale belge* 1846, afl. 30, 137; Corr. Kortrijk 24 februari 1847, Corr. Nijvel 26 februari 1847, Corr. Mechelen 1 maart 1847, Corr. Bergen 4 maart 1847, Corr. Dendermonde 19 maart 1847, Corr. Gent 26 maart 1847, Corr. Bergen 4 mei 1847, Corr. Gent 8 mei 1847, *Gazette médicale belge* 1847, afl. 48, VI.

*par des membres de l'Union médicale d'Harelbeke, et nous les félicitons de leur courage et de leur activité. Il serait vivement à désirer que les autres sociétés du pays suivissent un aussi utile exemple".*⁴⁴¹

236. Op zich is een dergelijk initiatief positief te beoordelen. Ter verbetering van de verloskundige zorg, moest het inzetten op een betere opleiding en territoriale verspreiding van de wettige beoefenaars van de verloskunde, immers hand in hand gaan met de penalisering van de wanpraktijken van de bakkers. En een klacht was natuurlijk wel een adequate manier om de bal aan het rollen te brengen.

A.2. Het Nederlandse vervolgingsbeleid

237. De rechtspraakstudie leverde te weinig uitspraken op om een beeld te scheppen van het 19^{de}-eeuwse vervolgingsbeleid in Nederland inzake de onwettige uitoefening van de verloskunde. Twee uitspraken doen vermoeden dat ook daar illegale praktijken vervolgd werden. De arrondissementsrechtbank van 's Hertogenbosch bijvoorbeeld veroordeelde een vrouw voor het assisteren van de bevalling bij twee vrouwen, zonder het vereiste diploma. Het feit dat er bij één van de vrouwen een gediplomeerde vroedvrouw in de buurt woonde, deed haar de das om.⁴⁴² In een gelijkaardige zaak veroordeelde de arrondissementsrechtbank van Breda een vrouw tot een geldboete en een vervangende gevangenisstraf voor onwettige uitoefening van de verloskunde. De Hoge Raad vernietigde de uitspraak wat de strafmaat betrof en oordeelde dat de vier feiten niet als een voortdurend misdrijf konden worden beschouwd, maar wel als afzonderlijke misdrijven.⁴⁴³

A.3. Het Franse vervolgingsbeleid

238. Hoewel de *Loi du 19 ventôse an XI* de strijd aanbood met de bakkers, was er ook in Frankrijk (na 1815) een zeker gedoogbeleid wat betreft de illegale uitoefening van de verloskunde op het platteland, waar de vroedvrouw veel minder vertegenwoordigd was.⁴⁴⁴

239. De plaatselijke overheden keurden de praktijken van de *matrones* (*l'accoucheuse de village sans formation ni certificat que la sage-femme officielle est censée avoir remplacée au tournant du XIV^e siècle*) volledig af. Dit bleek afdoende uit passages van de processen-verbaal van de *conseil général* van de verschillende departementen: "*le matronage est une des grandes calamités de nos campagnes*" (departement Côtes-du-Nord, 1821), "*matrones ignorantes, au détriment de l'humanité*" (departement Gard, 1827), "*des matrones sans expérience se livrent de façon occulte à*

⁴⁴¹ *Gazette médicale belge*, afl. 14, 56.

⁴⁴² Arrondrb. 's Hertogenbosch 29 november 1892, voorziening afgewezen door HR 27 februari 1893, *Wvhr* 1893, afl. 6313.

⁴⁴³ Kantongerecht Breda 15 september 1899, hervormd door Arrondrb. Breda 30 november 1899, partiële cassatie door HR 5 maart 1900, *Wvhr* 1900, afl. 7405.

⁴⁴⁴ COULON-ARPIN, *La maternité et les sages-femmes, de la préhistoire au XX^e siècle*, 80.

la pratique des accouchements” (departement Nièvre, 1848) en “*la funeste pratique coûte la vie à tant de nouveaux nés et à tant de mères de famille*” (departement Dordogne, 1851).⁴⁴⁵

240. Bakers stonden bijgevolg vaak terecht voor onwettige uitoefening van de verloskunde.

De correctionele rechtbank van Saintes bijvoorbeeld veroordeelde een baker, maar sprak geen straf uit. De vrouw had geen diploma van vroedvrouw, maar wel een bekwaamheidsattest van de medische jury.⁴⁴⁶ In een gelijkaardige zaak verkreeg een baker zelfs de vrijspraak, omdat ze de kans niet kreeg om haar diploma te behalen, bij gebreke aan departementale onderwijsinstelling.⁴⁴⁷ De correctionele rechtbank van Riom sprak een baker vrij, omdat ze de handelingen enkel stelde bij gebreke aan een zorgverlener in de dichte omgeving en ze geen betaling ontving voor haar prestaties.⁴⁴⁸

Het Hof van Cassatie vernietigde bovenvermelde uitspraken wegens het schenden van de *Loi du 19 ventôse an XI*, die geen verzachtende omstandigheden of uitzonderingen voorzag. De discretionaire bevoegdheid van de rechter was bijgevolg *nihil*. Het assisteren van vrouwen bij hun bevalling als niet gediplomeerde zorgverlener was strafbaar, punt aan de lijn.

Het éénmalig en totaal ongepland assisteren bij de bevalling van de eigen echtgenote, leidde terecht niet tot een veroordeling.⁴⁴⁹

De Rechtbank van Châteaulin veroordeelde, in overeenstemming met de wet van 1892 op de geneeskunde (die ook geen uitzonderingen voorzag), een baker tot een geldboete voor het verlossen van vrouwen, zonder over het vereiste diploma te beschikken.⁴⁵⁰

241. Ook Frankrijk schonk aandacht aan deze problematiek. De *Compte général de l'administration de la justice criminelle en France* wijdde vanaf 1827 een rubriek aan *exercice illégal de l'art des accouchements*. Vanaf 1865 viel deze rubriek onder de noemer van *médecine et chirurgie*. Deze publicatie was de bron bij uitstek voor de archiefstudie van N. Sage Pranchère. Zij rapporteerde 3199 strafrechtelijke procedures tegen bakers in de periode van 1825 tot 1865. Tot ergernis van de lokale overheden en de officiële vroedvrouwen lag de veroordelingsgraad tot eind de jaren 1850 laag. In de tweede helft van de 19^{de} eeuw was er echter een nultolerantie en leidden

⁴⁴⁵ N. SAGE PRANCHÈRE, “Bébés sans diplôme. Les matrones, le droit et les légitimités locales en France (1780–1900)”, in C. BARBULESCU en A. CIUPALAMEDICINE (eds.), *Hygiene and Society from the Eighteenth to the Twentieth Centuries*, Cluj-Napoca, Editura Mega, 2011, 29-30.

⁴⁴⁶ Corr. Saintes 22 juni 1826, vernietigd door Cass. 6 juli 1827, *Pand. f.*, v° Médecine, nr. 69.

⁴⁴⁷ Cass. 28 februari 1835, *Pand. f.*, v° Médecine, nr. 69.

⁴⁴⁸ Corr. Riom 20 december 1833, vernietigd door Cass. 20 februari 1834, *Pand. f.*, v° Médecine, nr. 70.

⁴⁴⁹ Orléans 20 maart 1836, voorziening afgewezen door Cass. 9 juni 1836, *Pand. f.*, v° Médecine, nr. 68.

⁴⁵⁰ Corr. Châteaulin 28 februari 1895, *Articles de la presse ancienne* 1895, afl. 474.

de getuigenissen en bewijzen wel tot een veroordeling. Opmerkelijk waren wel de zeer lage straffen en het uitzonderlijk karakter van een gevangenisstraf in geval van recidivisme.⁴⁵¹

B. Onwettige uitoefening gedurende de opleiding

242. Uit de gepubliceerde rechtspraak bleek dat enkel in Nederland studenten vervolgd werden, wegens het schenden van de voorwaarden waaronder ze medische handelingen tijdens hun opleiding mochten stellen. Het stellen van medische handelingen als kandidaat-dokter in de verloskunde of leerling-vroedmeester kon slechts na één jaar praktische stage en onder het toezicht en de verantwoordelijkheid van hun leermeester.⁴⁵²

Een student van de klinische school te Middelburg bijvoorbeeld werd voor de arrondissementsrechtbank te Goes veroordeeld tot een geldboete wegens het verlossen van een vrouw, zonder dat hij het vereiste diploma had. De rechtbank nam de rol van de leermeester zelfs niet in overweging.⁴⁵³

De arrondissementsrechtbank van 's Hertogenbosch sprak een student vrij van onwettige uitoefening van de verloskunde, omdat de twee vrouwen in een noodtoestand verkeerden (er was geen andere directe hulp beschikbaar) en anderzijds omdat er voordien geen afspraken waren gemaakt dat hij de bevalling zou assisteren. Het was eerder als een toevallig feit te beschouwen.⁴⁵⁴ De Nederlandse rechter beschikte dus wel over enige vorm van appreciatie.

De Hoge Raad vernietigde in 1861 de vrijspraak van twee studenten wegens schending van artikel 14 KB betreffende de instructie voor *doctor obstetriciae* en vroedmeester. De studenten assisteerden bevallingen volledig autonoom en niet onder het toezicht van hun leermeester. Toezicht houden voor de mentor betekende het inschatten van de risico's bij een bevalling alvorens de vrouw in de handen van de student te laten.⁴⁵⁵ De wetten van 1865 op de opleiding en uitoefening van de geneeskunde verstrengden nog het toezicht van de leermeester.⁴⁵⁶ De arrondissementsrechtbank van Zuid-Holland bepaalde vervolgens dat om de strafbaarheid van de onbevoegde student weg te nemen het "niet voldoende is, dat

⁴⁵¹ N. SAGE PRANCHERE, "Bébés sans diplôme. Les matrones, le droit et les légitimités locales en France (1780–1900)", 32-35; N. SAGE PRANCHERE, "Autour du berceau. Sages-femmes et matrones en Corrèze au XIV^e siècle", *Archives en Limousin* 2012, 37-48.

⁴⁵² Art. 14 KB 19 maart 1839 instructie voor de Artis Obstetriciae doctores en voor de vroedmeesters in het Koninkrijk der Nederlanden.

⁴⁵³ Arrondrb. Goes 13 november 1851, bevestigd door Zeeland 2 februari 1852, partiële cassatie door HR 13 april 1852, *Wvhr* 1853, afl. 1416.

⁴⁵⁴ Arrondrb. 's Hertogenbosch 23 juli 1861, *Wvhr* 1861, afl. 2293.

⁴⁵⁵ HR 8 mei 1861, vernietiging van Overijssel 23 februari 1861, *Wvhr* 1861, afl. 2310 en *N. Pas*, v^o Geneeskunde, nr. 26; Art. 13 van het KB 19 maart 1839 betreffende de instructie voor de vroedvrouwen in het Koninkrijk der Nederlanden bepaalde een gelijkaardig toezicht tussen de vroedvrouw en de leerling-vroedvrouw.

⁴⁵⁶ *Stb* 1865 no. 59 en 60.

de verrichtingen in tegenwoordigheid van een bevoegd deskundige plaats hebben, maar daartoe wordt vereist, dat zij geschieden op zijn raad en onder zijn leiding en zijn toezicht, zodat de onbevoegde, bij het doen der verrichtingen, als het ware als zijn werktuig werkzaam is”.⁴⁵⁷ Dit vereiste natuurlijk een constante aanwezigheid van de leermeester in plaats van ‘even poolshoogte’ nemen van de situatie en de student verder alleen laten.

III.1.2. Beteugeling van onwettige uitoefening van de geneeskunde door de vroedvrouw

A. Instructies in België: *de facto* waardeloos?

243. In uitvoering van de kaderwet van 1818 werden instructies uitgevaardigd voor de verschillende medische beroepsbeoefenaars, zoals de dokter.⁴⁵⁸ Volgens de instructie voor de vroedmeester verkreeg de vroedmeester de volheid van bevoegdheid en mocht alleen hij, naast de dokter in de verloskunde, instrumenten (zoals de forceps) gebruiken.⁴⁵⁹ De vroedvrouw mocht enkel optreden bij bevallingen “welke door de natuur bewerkt of door de hand ten uitvoer waren gebracht”. Ze mocht in geen geval instrumenten gebruiken en ze mocht geen medicatie voorschrijven. De vroedvrouw was verplicht om zo spoedig mogelijk bij elke gevaarsituatie of pathologie een vroedmeester of dokter in de verloskunde te verwittigen.⁴⁶⁰ Hield ze zich niet aan haar wettelijke bevoegdheden, dan loerde een strafvervolgning voor het onwettig beoefenen van de geneeskunde om de hoek.⁴⁶¹ Naast veroordelingen van kwakzalvers⁴⁶² publiceerde de *Gazette médicale belge* dan ook verschillende veroordelingen van vroedvrouwen wegens bevoegdheidsoverschrijding.⁴⁶³

⁴⁵⁷ Arrondrb. Zuid-Holland 16 november 1875, voorziening afgewezen door HR 21 februari 1876, *N. Pas*, v° Geneeskunde, nr. 144.

⁴⁵⁸ Instructie 31 mei 1818 voor de dokters in de geneeskunde in het Koninkrijk der Nederlanden.

⁴⁵⁹ Instructie 31 mei 1818 voor de vroedmeesters in het Koninkrijk der Nederlanden.

⁴⁶⁰ Instructie 31 mei 1818 voor de vroedvrouwen in het Koninkrijk der Nederlanden.

⁴⁶¹ Art. 18 kaderwet van 1818 (onwettige uitoefening van enige tak van de geneeskunde) of art. 19 kaderwet 1818 (onwettige uitoefening van een andere tak van de geneeskunde waarvoor men gerechtigd was).

⁴⁶² Corr. Namen 10 december 1846, Corr. Verviers 11 december 1846, Corr. Turnhout 18 december 1846, Corr. Hasselt 5 februari 1847, Corr. Kortrijk 24 februari 1847, Corr. Namen 12 maart 1847, Corr. Doornik 13 maart 1847, Corr. Aarlen 18 maart 1847, *Gazette médicale belge* 1947, afl. 48, VI.

⁴⁶³ Bijvoorbeeld: Corr. Aarlen 8 januari 1847 (beroepsverbod van zes maanden), Corr. Kortrijk 24 februari 1847 (alleen geldboete), *Gazette médicale belge* 1947, afl. 48, VI.

244. Maar *de iure* hadden bovenvermelde instructies voor de vroedmeesters en de vroedvrouwen geen rechtskracht, bij gebrek aan publicatie in het Staatsblad. Volgens Le Bidart, substituut-procureur des Konings te Luik, ontbrak ook elke strafrechtelijke beteugeling van een schending van de instructie.⁴⁶⁴ Verschillende zaken werden inderdaad in die zin beslecht.⁴⁶⁵

Zo ontsnapten een dokter, een vroedvrouw en een vroedmeester (oud *officier de santé*) aan een veroordeling wegens onopzettelijke doding en schuldig verzuim ten aanzien van moeder en kind. Toen de vroedvrouw bij de vaststelling van een dwarsligging hulp inriep tijdens de nacht, weigerden zowel de dokter (mocht naar eigen zeggen geen verloskunde uitoefenen en was te moe) als de vroedmeester (onder het mom van een bijna blind paard dat hem moest vervoeren) ter plaatse te komen. De vroedvrouw stond machteloos en opende pas de buikholte na het overlijden van de moeder. Ondanks het negatief advies van de geneeskundige commissie van Limburg, besloot het parket dat de dokter en de vroedvrouw geen onzorgvuldigheden hadden begaan, die het overlijden van moeder en kind veroorzaakten. De raadkamer te Tongeren stelde tevens de vroedmeester buiten vervolging voor het weigeren van hulp, hoewel hij op de hoogte was van de gevaarsituatie van de vrouw.⁴⁶⁶ Artikel zes van de instructie van 1818 voor vroedmeesters voorzag een uitdrukkelijke verplichting om een barend vrouw in nood ter hulp te snellen, maar de instructies van 1818 hadden volgens de rechtbank geen rechtskracht.

245. De straffeloosheid van de beoefenaars van de geneeskunde, handelend in strijd met de instructies, bleef niet duren. Het tijt keerde met het arrest van 6 januari 1855 van het hof van beroep te Brussel. Hoewel de instructies geen publicatie kenden, hielden ze volgens het hof wel de verplichting in voor dokters, heelmeesters, vroedmeesters, vroedvrouwen en apothekers om zorgvuldig hun beroep uit te oefenen binnen het wettelijke kader.⁴⁶⁷ Het betroffen immers geen algemene instructies voor alle burgers, maar specifieke instructies die door een bepaalde categorie van personen (namelijk medische beroepsbeoefenaars) gevolgd moesten worden. Het ter kennis brengen aan de beroepsbeoefenaars was voldoende voor de toepasselijkheid ervan.⁴⁶⁸ Gelet op deze nieuwe wending, veroordeelde het hof van beroep te Brussel dan ook een vroedvrouw wegens het gebruiken van de forceps. Dit was een schending van artikel twee van de instructie voor vroedvrouwen, die hen verbood om instrumenten te gebruiken.⁴⁶⁹

⁴⁶⁴ *Pand.b.*, v^o Accoucheur, nr. 46.

⁴⁶⁵ Corr. Brugge 25 mei 1850, *BJ* 1850, 831; Corr. Doornik s.d., *BJ* 1861, 863 (weigering vroedmeester om hulp te bieden); Corr. Ieper 6 januari 1853, *BJ* 1853, 975.

⁴⁶⁶ Rk. Tongeren 28 juni 1844, *BJ* 1844, 1309 en *WvR* 1844, afl. 532.

⁴⁶⁷ Brussel 6 januari 1855, *BJ* 1855, 51 (betreffende de instructie voor apothekers).

⁴⁶⁸ J. SAVEUR, *Histoire de la législation médicale belge*, Brussel, Decq, 1862, 154.

⁴⁶⁹ Corr. Charleroi 24 mei 1868, *Pas.* 1868, 457-459, bevestigd door Brussel 18 juni 1868, *BJ* 1868, 894-896 en *Pas.* 1868, 388, voorziening afgewezen door Cass. 10 augustus 1868, *Pas.* 1868, 457.

246. Een vroedvrouw die bij een overleden vrouw de buik opensneed met een zakmes, net voldoende om de foetus nog te dopen en daarna de buik weer sloot, werd veroordeeld door het hof van beroep te Gent in 1868 voor grafschennis op grond van artikel 453 Strafwetboek.⁴⁷⁰ Er werd immers geen poging ondernomen om de baby levend te bevrijden. Het Hof van Cassatie vernietigde dit arrest, omdat de vroedvrouw geen grafschennis pleegde (in de zin van “*commettre un acte qui, sans respect pour le dernier asile, trouble le cendre des morts*”), maar wel lijkschennis, wat niet strafbaar was. Het Hof sprak tevens het verval van de strafvordering uit, omdat er geen sprake was van onwettige uitoefening van de geneeskunde. De buikopening was immers niet groot genoeg om de baby te verlossen en dat was ook niet het doel van de insnede.⁴⁷¹ De werkelijke intentie van de vroedvrouw (moreel element) bij het insnijden van de buik, namelijk het dopen, gaf de doorslag in deze zaak en niet de handeling op zich.

B. Instructies in Nederland: *de facto* toepasselijk vanaf 1839?

B.1. Vervolging op basis van de kaderwet van 1818

247. Zoals *supra* uiteengezet vervangen in Nederland verschillende koninklijke besluiten van 19 maart 1839 de ongepubliceerde instructies van 31 mei 1818 voor de medische beroepsbeoefenaars.⁴⁷² Een overtreding van de instructies kon bestraft worden, overeenkomstig artikel 19 van de kaderwet van 1818. Men zou verwachten dat enige onduidelijkheid inzake de rechtskracht van de instructies van 1818 (geen rechtsgevolgen) en 1839 (wel rechtsgevolgen) verdwenen was, gelet op de publicatie van de instructies van 1839 in het Staatsblad. Dit bleek allerm minst het geval.

248. In eerste instantie toetsten de rechters terecht het handelen van de zorgverlener aan de instructies van 1839, die rechtsgevolgen met zich meebrachten.

De Hoge Raad verbrak terecht in 1840 een arrest waarbij een dokter was veroordeeld wegens het doen van aderlatingen. De feiten situeerden zich na de inwerkingtreding van de richtlijnen van 1839. De kaderwet van 1818 noch de instructie voor *medicinae doctores* van 1839 bevatte een dergelijk verbod.⁴⁷³ In een andere zaak bevestigde de Hoge Raad in 1842 een arrest waarbij een heelmeeester schuldig was bevonden aan onwettige uitoefening van de geneeskunde wegens het schenden van artikel 8 kaderwet van 1818 *juncto* artikel 4 van de instructie voor heelmeeesters van 1818, identiek aan de instructie van 1839. Hij diende inwendig geneesmiddelen toe aan een vrouw met syfilis, terwijl dit de bevoegdheid

⁴⁷⁰ Gent 4 augustus 1868, *Pas.* 1868, 329.

⁴⁷¹ Cass. 2 november 1868, *Pas.* 1869, 7.

⁴⁷² Zie hoofdstuk II.5.1.B.

⁴⁷³ Arrondrb. Leeuwarden 2 september 1840, *N. Pas.*, v^o Geneeskunde, nr. 49, vernietigd door HR 18 november 1840; J. VAN DEN HONERT, *Verzameling van arresten van den Hoogen Raad der Nederlanden: Gemengde zaken*, volume 1, Amsterdam, C.G. Sulpe en Gebroeders Diederichs, 1841, 278, nr. 38.

was van een dokter.⁴⁷⁴ Steunend op de instructie voor vroedmeesters van 1839 sprak het hof van beroep van Overijssel in 1842 een vroedmeester vrij wegens het niet helpen van een vrouw in nood, omdat ze te veraf woonde.⁴⁷⁵ Er woonde in haar gemeente ook een vroedmeester die kon assisteren.⁴⁷⁶

249. Zonder enige concrete aanleiding wijzigde de Hoge Raad in 1846 van koers. Het Hof beoordeelde de procedures op grond van de instructies van 1818 (zonder rechtskracht), terwijl de toetsing aan de gepubliceerde instructies van 1839 (met rechtskracht) aan de orde was.

Het hof van beroep van Vriesland sprak een heelmeeester vrij, ondanks een schending van de artikelen 12 en 16 van de instructie voor heelmeeesters ten platte lande van 1839, met name het niet beschikken over de nodige instrumenten en het niet achter slot en grendel houden van bepaalde geneesmiddelen. Het Openbaar Ministerie stelde cassatieberoep in, maar niet op basis van de rechtskracht van de instructies van 1839. Het OM baseerde zich op het gepubliceerde koninklijk besluit van 1818 inzake het toezicht van de geneeskundige commissies, dat verwees naar de instructies voor de medische beroepsbeoefenaars. Deze vormden volgens het OM samen met de kaderwet van 1818 één geheel en hadden dus rechtskracht. De Hoge Raad volgde terecht dit advies niet, omdat de instructies van 1818 enkel in het bijvoegsel van het Staatsblad waren vermeld en dit niet kon gelden als een ‘behoorlijke bekendmaking’, met rechtskracht tot gevolg.⁴⁷⁷

In gelijkaardige zin werden twee heelmeeesters in 1848, beschuldigd van het voorschrijven van geneesmiddelen voor inwendig gebruik zonder de bijstand van een dokter, vrijgesproken. Een schending van artikel 4 van de instructie voor heelmeeesters van 1818 bracht geen rechtsgevolgen met zich mee. De Hoge Raad bevestigde de uitspraken in hoger beroep, verwijzend naar het *supra* vermeld arrest van 1846.⁴⁷⁸

De Hoge Raad verbond dus in 1846 terecht geen bindende kracht aan de instructie voor heelmeeesters van 1818, maar legde ten onrechte de toepassing van KB van 1839 met rechtskracht naast zich neer.

⁴⁷⁴ Arrondrb. Amsterdam 24 februari 1842, voorziening afgewezen door HR 10 mei 1842; J. VAN DEN HONERT, *Verzameling van arresten van den Hoogen Raad der Nederlanden: Gemengde zaken*, volume 3, 1846, 13, nr. 103.

⁴⁷⁵ Op zich strijdig met art. 5 KB 19 maart 1839 instructie voor de Artis Obstetriciae doctores en voor de Vroedmeesters in het Koninkrijk der Nederlanden.

⁴⁷⁶ Overijssel 3 juni 1842, *N. Pas*, v° Geneeskunde, nr. 102.

⁴⁷⁷ Vriesland 6 januari 1846, voorziening afgewezen door HR 17 maart 1846; J. VAN DEN HONERT, *Verzameling van arresten van den Hoogen Raad der Nederlanden: Gemengde zaken*, volume 4, 1846, 81, nr. 146.

⁴⁷⁸ Arrondrb. Rotterdam 18 mei 1848 en 6 juni 1848, voorziening afgewezen door HR 31 augustus 1848, J. VAN DEN HONERT, *Verzameling van arresten van den Hoogen Raad der Nederlanden: Gemengde zaken*, volume 8, 1850, 49, nr. 326.

B.2. Vervolg op basis van de wet van 1865

250. De wet van 1865 inzake de uitoefening van de geneeskunde hief de kaderwet van 1818 en alle uitvoeringsbesluiten, zoals de instructies van 1839 voor medische beroepsbeoefenaars, op.⁴⁷⁹ Handelen in strijd met de wet van 1865 was strafbaar, bijvoorbeeld als de vroedvrouw geen dokter waarschuwde bij de vaststelling van een niet “ongestoord natuurlijk verloop der baring”. Als een dokter, noch een andere vroedvrouw meteen kon ter plaatse komen, dan mocht de vroedvrouw zelf overgaan tot de nodige kunstbewerking als de tijd drong.⁴⁸⁰

251. De strafbepalingen van de wet van 1865 voorzagen ook de toepassing van artikel 436 Sr., die de penalisering koppelde aan het handelen buiten de eigen bevoegdheid, behalve uit noodzaak.⁴⁸¹ Dit betekende toch wel een positieve wending voor de aansprakelijkheid van de vroedvrouw. De bodemrechter kon ook de feitelijke omstandigheden in rekening brengen bij de beoordeling van het misdrijf onwettige uitoefening van de geneeskunde.

Bij de vaststelling van een postpartumbloeding bijvoorbeeld had de vroedvrouw “geklopt en gewreven op de buik en warme pappen op de uterus gelegd”, omdat ze dacht dat de uterus gewoon verkrampte en er ook geen pathologische antecedenten waren. De correctionele rechtbank van Tiel verleende de vrijspraak aan de vroedvrouw voor het niet verwittigen van een dokter of een vroedmeester bij de vaststelling van een pathologie (placentaretentie). De gerechtsdeskundigen beschouwden haar ingrijpen als correct en nog binnen haar beroepsterrein.⁴⁸²

Een vroedvrouw die bij een moeilijke bevalling een kunstbewerking met de hand uitvoerde, zonder er zich van te vergewissen of de dokter van de gemeente verhinderd of aanwezig was, overschreed de grenzen van haar beroep en was schuldig aan onwettige uitoefening van de geneeskunde.⁴⁸³

De arrondissementsrechtbank van 's-Gravenhage hield het op dezelfde kwalificatie wat een vroedvrouw betrof die een perineumscheur hechtte met ‘krammen’ (een U-vormig bevestigingsmiddel). De Hoge Raad vernietigde het vonnis wegens onvoldoende motivering. Volgens de Hoge Raad kon hoogstens sprake zijn van onwettige uitoefening van de geneeskunde. Er moest uitgeklaard worden of dit een handeling betrof die onder de

⁴⁷⁹ Art. 22 wet van 1865.

⁴⁸⁰ Art. 18 wet van 1865.

⁴⁸¹ Art. 18 wet van 1865 bepaalde verkeerdelijk artikel 463 Sr. dat betrekking had op de strafrechtelijke aansprakelijkheid van een ambtenaar; Art. 436 Sr. bepaalde: “Hij die, toegelaten tot de uitoefening van een beroep waartoe de wet een toelating vordert, buiten noodzaak in de uitoefening van dat beroep de grenzen van zijn bevoegdheid overschrijdt, wordt gestraft met een geldboete van de tweede categorie.”

⁴⁸² Arnhem 4 oktober 1883, bevestiging van Arrondrb. Tiel 9 juni 1883, *Wvhr* 1883, afl. 4954 en *N. Pas.*, v° Geneeskunde, nr. 188.

⁴⁸³ Corr. Medemblik 22 december 1893, *N. Pas.*, v° Geneeskunde, nr. 237.

noemer van assistentie tijdens een normale bevalling viel.⁴⁸⁴ Dit was het geval volgens de feitenrechter. Onterecht meende het Openbaar Ministerie, dat zijn slag thuishaalde bij de Hoge Raad. Het vonnis werd opnieuw vernietigd, omdat het hechten (ongeacht het middel) een overschrijding van haar bevoegdheid was. De vroedvrouw werd veroordeeld tot een geldboete of bij gebreke aan financiële middelen een vervangende gevangenisstraf.⁴⁸⁵ Dit was een terechte uitspraak, want het hechten werd pas toegelaten bij wet van 1 juni 1951.⁴⁸⁶

C. Vervolg op basis van de *Loi du 19 ventôse an XI*

252. In Frankrijk bleef de *Loi du 19 ventôse an XI* het referentiepunt gedurende gans de 19^{de} eeuw. Vroedvrouwen mochten (zonder een dokter te verwittigen) instrumenten gebruiken, maar enkel bij moeilijke bevallingen.⁴⁸⁷ Het ministerieel besluit van 25 augustus 1812 verbood de vroedvrouw om nog de forceps te gebruiken (ongeacht specifieke omstandigheden).⁴⁸⁸ Het gebruik van de forceps of enig ander instrument bij een niet bewezen gecompliceerde bevalling, was dan ook strafbaar voor een vroedvrouw.⁴⁸⁹ Het onwettig uitoefenen van de geneeskunde kon aanleiding geven tot een geldboete. De boete verdubbelde bij recidivisme en bovendien kon telkens een gevangenisstraf van zes maanden worden uitgesproken.⁴⁹⁰

De correctionele rechtbank van Thionville veroordeelde een vroedvrouw, omdat ze bloedzuigers voorschreef voor normale buikklachten in het postpartum.⁴⁹¹ Uit de autopsie bleek dat de vrouw vermoedelijk was overleden aan een peritonitis (ontsteking buikvlies).⁴⁹² De gerechtsdeskundigen waren van mening dat de vroedvrouw een onaangepaste therapie had voorgeschreven, dat ze zeker de symptomen moest gezien hebben, dat ze het falen van de therapie niet had onderkend en dat ze slechts enkele uren voor het overlijden van de moeder een dokter ter hulp had geroepen. Het hof van beroep van Metz sprak de vroedvrouw echter vrij. Volgens artikel 32 *Loi du 19 ventôse an XI* moest de vroedvrouw opgeleid zijn om bevallingen te begeleiden en aandoeningen die daarmee gepaard gaan op te volgen en te verhelpen. Bij het bemerken van een ernstige

⁴⁸⁴ Kantongerecht 's-Gravenhage 26 oktober 1939, hervormd door Arrondrb. 's-Gravenhage 23 maart 1940, vernietigd door HR 24 juni 1940, *Ned. Jurisprudentie* 1940, 1122.

⁴⁸⁵ Arrondrb. 's-Gravenhage 23 september 1940, vernietigd door HR 17 februari 1941, *WvR* 1941, afl. 52.

⁴⁸⁶ Zie hoofdstuk II.5.2.B.

⁴⁸⁷ Art. 33 *Loi du 19 ventôse an XI*.

⁴⁸⁸ P. DELAUNAY, *La Maternité de Paris: Port-Royal de Paris, Port-Libre, L'Hospice de la Maternité, L'École des sages-femmes et ses origines (1625-1907): notes & documents*, Parijs, Librairie médicale et scientifique, Jules Rousset, 1909, 253.

⁴⁸⁹ Cass. 18 september 1817, *Pand. f.*, v° Médecine, nr. 72.

⁴⁹⁰ Art. 36 *Loi du 19 ventôse an XI*.

⁴⁹¹ Corr. Thionville 21 november 1865, *DP* 66.2.33.

⁴⁹² Een (niet behandelde) peritonitis kan aanleiding geven tot shock of bloedvergiftiging met de dood tot gevolg, zie *Buikvliesontsteking: Oorzaken, symptomen en behandeling*, 20 augustus 2009, <http://mens-en-gezondheid.infonu.nl/aandoeningen/41031-buikvliesontsteking-oorzaken-symptomen-en-behandeling.html>.

aandoening moest ze meteen een dokter verwittigen.⁴⁹³ Het hof nam aan dat het maken van dit onderscheid voor een vroedvrouw geen evidente opdracht was en dat er *in casu* te veel twijfels waren over enerzijds de doodsoorzaak en anderzijds de aanwezigheid van symptomen.⁴⁹⁴ In de commentaren op dit arrest werd verwezen naar de onverantwoordelijkheid van dokters in de 17^{de} eeuw volgens het adagium “*Aegrotius debet sibi imputare cur talem elegerit*”. Volgens een arrest van 26 juni 1696 van het Parlement van Parijs (dat in hoger beroep uitspraak deed over een zaak van de rechtbank van het Châtelet) moest de zieke de nadelen van zijn dokter verdragen (*le malade doit supporter les inconvénients du médecin qu’il a choisi*) en was enige vorm van aansprakelijkheid of schadevergoeding uitgesloten.⁴⁹⁵ Bij deze redenering moet wel een kanttekening worden geplaatst. Het hof van beroep wees in deze zaak op de onduidelijke symptomatologie, hetgeen terecht in het voordeel van de vroedvrouw speelde. Als er werkelijk sprake was van een peritonitis, dan is het weinig waarschijnlijk dat de vroedvrouw de zeer typische symptomen zoals hevige buikpijn, overgeven en koorts niet opmerkte. Het snijdt geen hout om zonder enige nuance te besluiten dat een onverantwoordelijke vroedvrouw was vrijgesproken.

De correctionele rechtbank van Sarreguemines veroordeelde een vroedvrouw wegens het uitvoeren van een sectio op een ‘naar alle waarschijnlijkheid’ overleden vrouw. Dit viel niet onder de noemer van het instrumentaal ingrijpen bij een moeilijke bevalling. De baby van 7,5 maanden werd nog gedoopt, maar overleed kort na de geboorte. Om haar ingrijpen te kwalificeren als een handeling in het kader van de voorbereiding op de begrafenis, ontbrak een officiële vaststelling van het overlijden door een staatsofficier. Tevens waren er geen 24 uren verstreken tussen het overlijden en de ingreep, overeenkomstig artikel 77 *Code civil*. Het hof van beroep van Metz bevestigde de schuld, maar kende een mildere straf toe, omdat de vroedvrouw wel een dokter verwittigde, weliswaar laattijdig en ze ook de handeling stelde in het belang van het kind en uit religieuze overwegingen.⁴⁹⁶

Het Hof van Cassatie vernietigde een beschikking van de raadkamer van Saint-Marcellin, die een vroedvrouw doorverwees naar de correctionele rechtbank voor onwettige uitoefening van een abortus. Er waren geen aanwijzingen dat de premature bevalling het gevolg was van de toediening van bepaalde middelen, wel dat de vroedvrouw bepaalde

⁴⁹³ Dit stond niet letterlijk in artikel 32 van *Loi du 19 ventôse an XI*, maar viel naar analogie wel af te leiden uit artikel 29 betreffende de bevoegdheid van de *officier de santé*. Ook zij dienden de *accidents graves* over te laten aan een dokter; D. TUCAT, *Les sages-femmes à Paris, 1871-1914*, onuitg. doctoraatsthesis Geschiedenis Universiteit Parijs VII, 1983.

⁴⁹⁴ Metz 27 december 1865, *DP* 66.2.33.

⁴⁹⁵ JF. LEMAIRE, “1696, l’irresponsabilité médicale momentanément consacrée”, Communication présentée à la séance du 21 janvier 1984 de la Société française d’histoire de la médecine, <http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1984x018x001/HSMx1984x018x001x0041.pdf>; N. BOUGHRIET, *Essai sur un paradigme d’alliance constructive entre droit et médecine: L’accès du médecin à la connaissance juridique*, onuitg. doctoraatsthesis Rechten Universiteit Lille 2 – Droit et Santé, 2013, 9-10,

⁴⁹⁶ Corr. Sarreguemines 20 augustus 1867, hervormd door Metz 13 november 1867, *DP* 67.2.242.

middelen (moederkoorn) had toegediend om bloedingen te stoppen. Het Hof verwees de zaak terug naar de onderzoeksrechter om uit te zoeken of er mogelijks sprake was van onwettige uitoefening van de geneeskunde.⁴⁹⁷

Een vroedvrouw, schuldig aan onwettige uitoefening van de geneeskunde door het gebruik van de forceps en de *post-mortem* uitvoering van een sectio, werd veroordeeld tot een gevangenisstraf en een geldboete.⁴⁹⁸

Het hof van beroep van Chambéry veroordeelde alleen de *officier de santé* voor onopzettelijke doding van moeder en kind en niet de vroedvrouw, die nochtans samen met hem acht uren talmde vooraleer een dokter te verwittigen. De *officier de santé* liep ook nog een veroordeling op voor onwettige uitoefening van de geneeskunde wegens schending van artikel 29 *Loi du 19 ventôse an XI*, die uitdrukkelijk elke vorm van chirurgisch ingrijpen zonder toezicht van een dokter verbood. *In casu* ging hij, in een poging om de mama te redden, over tot een versie (van stuit naar hoofd) en een embryotomie (waarbij de foetus in stukken uit de baarmoeder wordt gehaald).⁴⁹⁹

Als gevolg van de *Loi du 21 germinal an XI* (wet op de farmacie van 1803) mocht de vroedvrouw geen medicatie toedienen zonder voorschrift. Het hof van beroep van Parijs veroordeelde dan ook een vroedvrouw-herboriste voor het illegaal beoefenen van de artsensijbereidkunde. Ze had immers geneesmiddelen toegediend zonder medisch voorschrift en ze aangerekend onder de noemer van verloskundige prestaties.⁵⁰⁰

⁴⁹⁷ Rk. Saint-Marcellin 26 december 1872, vernietigd door Cass. 7 februari 1873, *DP* 74.2.69.

⁴⁹⁸ C. DRAN, *La responsabilité pour faute des professionnels de santé*, 16.

⁴⁹⁹ Chambéry 8 januari 1891, partiële cassatie door Cass. 28 mei 1891, *DP* 92.1.195.

⁵⁰⁰ Parijs 16 december 1891, *DP* 93.2.400; Schending van *Loi du 21 germinal an XI* (wet van 11 april 1803 op de farmacie) contenant l'organisation des écoles de pharmacie et sur la police de la pharmacie; W.D. MÜLLER-JAHNCKE, "L'influence de la législation française sur le droit pharmaceutique allemand au début du XIXe siècle", *Revue d'histoire de la pharmacie* 2006, nr. 349, 30.

III.1.3. Beteugeling van onwettige uitoefening van abortus door de vroedvrouw

253. Er is over (de illegaliteit van) abortus al veel inkt gevloeid, zowel in België als in onze buurlanden.⁵⁰¹ De legalisering van abortus verliep gestaag en was een moeilijk proces.⁵⁰² Dit proefschrift ambieert niet om hierover een literatuuroverzicht te geven, wel om in te zoemen op de vervolging van de professionele vroedvrouw in de uitvoering van een abortus.

A. Belgische situatie

254. Bij gebrek aan een wettelijke definitie wordt abortus algemeen omschreven als: “de opzettelijke vernietiging van een embryo of foetus in het lichaam van een zwangere vrouw, ongeacht de daarvoor gebruikte middelen”.⁵⁰³

255. De historici K. Celis, F. Ducheyne, K. Willekens en D. Dekeyzer namen de vervolging van abortus in België in de periode 1890 tot 1939 grondig onder de loep. Ze deden naast een literatuuronderzoek een archiefstudie met een analyse van 64 gerechtelijke dossiers als resultaat. Ook de rol van de vroedvrouw kwam ruimschoots aan bod, vooral in het werk van D. De Keyzer.⁵⁰⁴ Uit verschillende rapporten van artsen bleek dat de zuigelingensterfte rond de eeuwwisseling hand in hand ging met een toenemend aantal abortieve pogingen. Deze kinderen werden door de manipulatie met een bepaalde achterstand/afwijking geboren, die vooral in het werkmilieu aanleiding gaf tot minder overlevingskansen. Er bestaat geen twijfel dat vroedvrouwen van ‘deze markt’ een graantje meepikten. Om hun ‘kunde’ aan het brede publiek bekend te maken,

⁵⁰¹ Zie onder meer: L. BRUNT, “Het schandelijk misdrijf - artsen in de strijd tegen abortus omstreeks 1900” in G. BANK en L. BRUNT (eds.), *Gestalten van de dood: studies over abortus, euthanasie, rouw, zelfmoord en doodstraf*, Baarn, Ambo, 1980, 194-207; J. DE BRUIJN, *De geschiedenis van abortus in Nederland: een analyse van opvattingen en discussies 1600-1979*, Amsterdam, Van Gennep, 1979, 330 p; J. GÉLIS, *L'arbre et le fruit: la naissance dans l'Occident moderne. 16-19ième siècle*, Parijs, Fayard, 1984, 612 p.

⁵⁰² Legalisering abortus: (België) Wet 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking, *BS* 5 april 1990 (wijziging artikelen 348, 350, 351 en 352 Sw. en opheffing artikel 353 Sw; S. VILLERS, *L'avortement et la justice, une répression illusoire?*: *Discours normatifs et pratiques judiciaires en Belgique (1918-1940)*, Presses univ. de Louvain, 2009, 268 p; H. Nys, “De wet op de zwangerschapsafbreking: een terugblik en een evaluatie vanuit juridisch perspectief”, in G. BODIFEE, D. DEHANE, C. DEVOGELAERE, H. NYS en P. SCHOTSMANS (eds.), *Abortus na de wet*, Leuven, Davidsfonds, 1995, 100 p; K. DEKEYSER en S. DE MEUTER, “Juridische aspecten van de Wet Zwangerschapsafbreking” in M. SCHEYS (ed.), *Abortus*, Brussel, VUBPress, 1993, 280 p; (Nederland) Wet 1 mei 1981 inzake afbreking zwangerschap, *Stb* 1981 no. 257 (opheffing van artikelen 297-298 Sr.); (Frankrijk) Loi 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse, *JO* 18 januari 1975 (invoeging artikel L.2211-L.2223-2 *Code de la santé publique* en opheffing artikel 317 *Code pénal*); Zie voor een overzicht van de evolutie naar de legalisering van abortus in Frankrijk: *La libéralisation de l'avortement: un long combat (épisode 1)*, <http://womanns-world.com/la-liberalisation-de-lavortement-un-long-combat/>

⁵⁰³ T. VANSWEEVELT, “Abortus”, in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS, *Handboek Gezondheidsrecht*, Volume II, Antwerpen, Intersentia, 2014, 190.

⁵⁰⁴ D. DE KEYZER en S. DANEELS, *De engeltjesmaaksters: abortus toen het niet mocht*, Leuven, Van Halewyck, 2009, 391 p; K. CELIS, “Abortus in België 1880-1940”, *Belgisch Tijdschrift voor Nieuwste Geschiedenis* 1996, 201-240; F. DUCHEYNE, *Abortus en anticonceptie in het interbellum: een verkenning*, onuitg. licentiescriptie Geschiedenis Universiteit Gent, 1986; K. WILLEKENS, *Abortus, te vondeling leggen en kindermoord: onderzoek voor Gent (1890-1914)*, onuitg. licentiescriptie Letteren en Wijsbegeerte Universiteit Gent, 1982, 201 p;

adverteerden vroedvrouwen in de plaatselijke (niet katholieke) kranten, zoals in *Le Soir*, *Le Journal de Gand* en de *Vooruit* (“Mme LANG, vroedvrouw aan de DAMES ACHTERSTEL, EENIGSTE BIJZONDERE METHODE, DEGELIJK en ZONDER eenig GEVAAR, rue Hôtel des Monnaies, 158, (Halle-poort), Sint-Gilles-Brussel. HUIS VAN VERTROUWEN”)⁵⁰⁵. De vroedvrouwen vestigden zich vooral rond het station, goed bereikbaar voor vrouwen uit het platteland. Dergelijke advertenties riepen terecht vragen op bij zowel de provinciale geneeskundige commissies als bij de overheid zelf. Dit gaf in 1923 aanleiding tot het verbieden van enige reclame over deze praktijken. Maar de mond-op-mondreclame bleef belangrijk, zeker gelet op het feit dat veel vrouwen analfabeet waren. Het vermoeden heerste dat vooral de precaire financiële situatie van de vroedvrouwen de oorzaak was van het hebben van een ‘bijverdienste als aborteuse’.⁵⁰⁶

256. De uitvoering van een abortus was strafbaar in België, zowel voor de uitvoerder (bijvoorbeeld de vroedvrouw) als de persoon die de abortus onderging, overeenkomstig artikel 317 van de *Code pénal* van Napoleon (misdrijf tegen personen).⁵⁰⁷ De vroedvrouwen ressorteerden niet onder de specifieke beroepscategorie van dokters, heelmeesters en *officiers de santé*, waarbij de uitvoering van abortus zwaarder werd bestraft. De vroedvrouw kon dus geen veroordeling tot dwangarbeid oplopen.⁵⁰⁸

257. Volgens cassatierechtspraak van 1847 was een poging tot abortus niet strafbaar (bij gebrek aan resultaat).⁵⁰⁹ Het hof van beroep van Gent oordeelde bijgevolg in een specifiek zaak dat het aanwenden van middelen voor een abortus, maar zonder resultaat, enkel aanleiding kon geven tot een veroordeling op grond van artikelen 309 of 311 *Code pénal*, het toebrengen van slagen, afhankelijk van de duur van arbeidsongeschiktheid.⁵¹⁰

258. Het Belgische strafwetboek van 1867 splitste het artikel 317 *Code pénal* uit in de artikelen 348 tot en met 353 (misdrijf tegen de orde van de familie en tegen de openbare zedelijkheid). De voltrekking van het misdrijf door een vroedvrouw was nu wel een verzwarende omstandigheid, die aanleiding kon geven tot opsluiting of dwangarbeid.⁵¹¹ Een poging van een vroedvrouw tot het

⁵⁰⁵ Vooruit 22 maart 1908, 4.

⁵⁰⁶ De Keyzer, *De engeltjesmaaksters: abortus toen het niet mocht*, 64-67 en 88-89; Zie uitgebreid: K. VEREECKE, *Nog geen baas in eigen buik: de bestraffing van abortus voor de legalisering ervan*, onuitg. masterproef Rechten Universiteit Gent, 2013, 116 p.

⁵⁰⁷ *Quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, violences, ou par tout autre moyen, aura procurer l'avortement d'une femme enceinte, soit qu'elle y ait consenti ou non, sera puni de la réclusion.*

La même peine sera prononcée contre la femme qui se sera procuré l'avortement à elle-même, ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet, si l'avortement s'en est ensuivi.

Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens qui auront indiqué ou administré ces moyens, seront condamnés à la peine des travaux forcés à temps, dans le cas où l'avortement aurait eu lieu..

⁵⁰⁸ Brussel 22 maart 1862, *Pas.* 1863, 113.

⁵⁰⁹ Cass. 21 december 1847, *Pas.* 1848, 85 en *BJ* 1848, 139 en *DP.* 48.2.22; Luik 30 juli 1850, *Pas.* 1851, 89 en *BJ* 1852, 1550.

⁵¹⁰ Gent 2 april 1859, *Pas.* 1860 en *BJ* 1859, 639.

⁵¹¹ H. NYS, *Geneeskunde. Recht en medisch handelen*, Deventer, Kluwer, 2004, 226.

plegen van een abortus was ook strafbaar, overeenkomstig artikel 348 Sw., dat expliciet verwees naar artikel 52 Sw. (strafbaarstelling van een poging) en artikel 349 Sw.⁵¹² De poging impliceerde het werkelijk gebruik van middelen, maar zonder effectief resultaat.

259. De kwalificatie van het misdrijf was belangrijk, onder meer voor de materiële bevoegdheid van de rechtbank. Het Hof van Cassatie vernietigde bijvoorbeeld een beschikking van de raadkamer van Antwerpen, waarbij een vroedvrouw naar de correctionele rechtbank (in plaats van het Hof van Assisen) werd verwezen op grond van verdenking van abortus. De correctionele rechtbank verklaarde zich terecht onbevoegd.⁵¹³

260. De getuigenissen van de geaborteerde vrouwen waren vaak het bewijsmiddel tegen de vroedvrouw.⁵¹⁴

261. De vroedvrouw was niet steeds de verdachte, maar trad in dergelijke dossiers ook op als gerechtsdeskundige. Het hof van beroep van Gent bijvoorbeeld veroordeelde een meisje dat een abortus bij zichzelf had gepleegd tot drie maanden cel. Haar zus die de medicatie was gaan kopen in de apotheek werd vrijgesproken van medeplichtigheid. Het advies van de vroedvrouw-experte zette nochtans de hypothese dat de miskraam volgde op het gebruik van medicatie en een sonde op de helling. Het hof volgde dit advies echter niet.⁵¹⁵

B. Een liberaal beleid in Nederland

262. Zowel de poging tot als de voltrokken abortus waren in Nederland strafbaar volgens artikel 317 *juncto* artikel 2 *Code pénal*.⁵¹⁶ Het hof van beroep van Zuid-Holland bijvoorbeeld veroordeelde een vroedvrouw wegens schending van artikel 317, lid 1 *Code pénal* tot zes jaar tuchthuisstraf en de jonge vrouw tot drie jaar voor het geven van haar toestemming.⁵¹⁷

263. Het Nederlandse Wetboek van Strafrecht (Sr.) van 3 maart 1881 hief het artikel 317 *Code pénal* op en introduceerde de artikelen 82a en 296 e.v. Sr.⁵¹⁸ Een beroepsverbod was een nieuwe straf voor onder meer vroedvrouwen die zich inlieten met abortus.⁵¹⁹

⁵¹² Cass. 18 juni 1883, *Pas.* 1883, 28 (betreffende een poging tot abortus van een apotheker); Corr. Luik 19 maart 1902, *Pand. pér.* 1902, 946.

⁵¹³ Cass. 24 september 1897, vernietiging van Rk. Antwerpen 1 mei 1897, *BJ* 1898, 558; Corr. Antwerpen 22 juni 1897, *BJ* 1897, 558.

⁵¹⁴ Cass. 20 oktober 1868, *BJ* 1869 en 830, *Pas.* 1869, 149.

⁵¹⁵ Corr. Kortrijk 22 oktober 1913, bevestigd door Gent 7 feb 1914, Gent, Rijksarchief, dossiernr. 38632.

⁵¹⁶ Art. 2 werd bij wet van 29 juni 1854 gewijzigd, maar de constitutieve bestanddelen om een poging tot abortus strafbaar te stellen bleven overeind, namelijk externe middelen en een begin van uitvoering, *WvR* 1855, afl. 1605 en afl. 1609.

⁵¹⁷ Zuid-Holland 8 augustus 1861, *WvR* 1882, afl. 4716.

⁵¹⁸ *Stb.* 1881 no. 35, inwerkingtreding op 1 september 1886.

⁵¹⁹ Art. 298 Sr: *Indien een geneeskundige, vroedvrouw of artsenijsbereider medeplichtig is aan het misdrijf in art. 295, of schuldig of medeplichtig aan één der misdrijven, in de artikelen 296 en 297 omschreven, kunnen de in artikelen*

264. Er heerste echter een restrictieve interpretatie in de rechtspraak van de artikelen 296-297 Sr., waardoor de strafbaarstelling voor abortus in de 19^{de} eeuw vooral een kwestie van interpretatie was en volledig binnen de appreciatiebevoegdheid van de rechter lag.

Volgens de arrondissementsrechtbank van 's-Gravenhage veronderstelde de strafbaarstelling op basis van artikel 296 Sr. terecht een intentioneel element, met name handelingen stellen met als doel een vrucht af te drijven. *In casu* stelde de beklaagde handelingen om “het ongestoord verloop van de zwangerschap tegen te gaan” en wendde hij “bevorderlijke middelen aan om een ontijdige baring van de vrucht op te wekken”, waardoor een vruchtafdrijving plaatsvond. Hij stelde volgens de rechtbank geen handelingen met een abortus als doel. De beklaagde kon hoogstens veroordeeld worden voor onwettige uitoefening van de verloskunde wegens het bijstaan van zwangere vrouwen, overeenkomstig de wet van 1865.⁵²⁰

De term ‘vrucht’ in de artikelen 296-297 Sr. veronderstelde een “levend iets, geen dode zelfstandigheid, wel na de conceptie in de vrouw ontstaan, maar afgestorven en zonder kiem van leven”. De strafbaarheid hing dus af van het bewijs of de vrucht, die werd afgedreven, in de vrouw leefde tijdens de kwestieuze handeling. Daarvoor moest er dus ook een vrucht aanwezig zijn. Een man, die vliezen had gebroken bij een zwangere vrouw op haar vraag, werd vrijgesproken. Het verlies van bloed en ‘iets hards’ wezen volgens de rechter niet in de richting van een vrucht.⁵²¹ Het hof van beroep van Amsterdam kwam in een gelijkaardige zaak tot hetzelfde besluit. De vrouw verkreeg de vrijspraak, want de gerechtsdeskundige kon niet met zekerheid zeggen of de vrucht had geleefd.⁵²²

De arrondissementsrechtbank van Groningen veroordeelde een vrouw voor abortus, op basis van twee verklaringen die weinig aan de twijfel overlieten. Enerzijds gaf de schoonzus van de vrouw aan de vrucht (met armpjes en beentjes) te hebben gezien en anderzijds verklaarde de behandelende arts dat de klachten van de vrouw (abces in baarmoeder) alleen te verklaren vielen door het niet hygiënisch inbrengen van een stok in de baarmoeder.⁵²³

Het hof van beroep van Amsterdam veroordeelde een vroedvrouw tot een beroepsverbod van tien jaar wegens het verrichten van een abortus, door het inbrengen van een bougie

bepaalde straffen met een derde worden verhoogd, en kan hij van de uitoefening van het beroep, waarin hij het misdrijf begaat, worden ontzet.

⁵²⁰ Arrondrb. 's-Gravenhage 6 december 1894, *Wvhr* 1895, afl. 6603, hervorming van kantongerecht 's-Gravenhage 8 november 1894, *Wvhr* 1894, afl. 6574.

⁵²¹ Arrondrb. 's-Gravenhage 22 februari 1892, *Wvhr* 1892, afl. 6158.

⁵²² Arrondrb. Amsterdam 1 december 1896, bevestigd door Amsterdam 9 februari 1897, *Wvhr* 1897, afl. 6960, voorziening afgewezen door HR 24 mei 1897, *Wvhr* 1897, afl. 6978.

⁵²³ Arrondrb. Groningen 4 februari 1897, *Wvhr* 1897, afl. 6961.

(langwerpig voorwerp). De voorwaarde dat de vrucht had geleefd was voldaan. Het werkelijk overlijden van de vrucht, was geen tweede vereiste. Het betrof evenwel een foetus van zeven à acht maanden oud, die overleed enkele uren na de geboorte.⁵²⁴ Hetzelfde lot verging een vroedvrouw die door het inbrengen van een katheter een zwangerschap van 5,5 maanden intentioneel beëindigde. De baby was door verstikking gestorven.⁵²⁵ De opzet van het misdrijf was aanwezig van zodra de dader van het misdrijf wist of moest weten dat de vrucht nog leefde.⁵²⁶

C. De Franse vervolging van abortus

265. Ook de Franse vroedvrouw waagde zich aan de praktijk van de illegale abortus. Het Franse Hof van Cassatie stelde elke poging tot abortus van een derde (dus niet van de zwangere vrouw zelf)⁵²⁷ strafbaar, overeenkomstig artikel 317 *juncto* artikel 2 *Code pénal*.⁵²⁸ Het hof van beroep te Lyon bijvoorbeeld verklaarde een vroedvrouw schuldig aan poging tot abortus. Het hof hechtte geen geloof aan haar verklaring dat ze zich ‘verwonderde’ over de aanwezigheid van instrumenten in het huis van de zwangere vrouw.⁵²⁹

266. De uitvoering van abortus door een vroedvrouw kon aanleiding geven tot een veroordeling tot dwangarbeid overeenkomstig artikel 317, lid 3 *Code pénal* en niet opsluiting zoals bij elke andere derde. Het Franse Hof van Cassatie (in tegenstelling tot België) was immers van oordeel dat ook de vroedvrouw ressorteerde onder de algemene noemer van *officier de santé*, dit was elke persoon die zich professioneel bezig hield met het verzorgen van zieken. Ook voor de medeplichtigen aan het misdrijf gold dezelfde straf.⁵³⁰ Gelet op de zwaardere straf, was het belangrijk dat het Hof van Assisen zich eerst duidelijk uitsprak over de identiteit en de kwalificatie van de beklaagde. Eens de kwalificatie van vroedvrouw vaststond kon de strafmaat bepaald worden.⁵³¹ De akte van inbeschuldigingstelling voor het hof van assisen tegen een vroedvrouw verdacht van abortus moest duidelijk de strafbare handelingen en deze van haar medeplichtigen (*in casu* de vrouw zelf, haar moeder en de persoon die de vrouw tot bij de vroedvrouw bracht) onderscheiden.⁵³² De kamer van inbeschuldigingstelling van Besançon vorderde in een gelijkaardige zaak de doorverwijzing van een

⁵²⁴ Amsterdam 22 december 1897, voorziening afgewezen door HR 12 april 1898, *WvHR* 1898, afl. 7113.

⁵²⁵ 's-Hertogenbosch 8 februari 1905, *WvHR* 1905, afl. 8212, voorziening afgewezen door HR 22 mei 1905, *WvHR* 1905, afl. 8226 (acht jaar beroepsverbod).

⁵²⁶ Arnhem 7 mei 1907, *WvHR* 1907, afl. 8550.

⁵²⁷ Cass. 3 maart 1864, *DP* 64.1.406.

⁵²⁸ Cass. 16 oktober 1817, 30 januari 1823, 17 maart 1827 en 13 april 1830, *BJ* 1849, 1009-1015; Cass. 29 januari 1852, *DP* 52.5.52; Cass. 20 januari 1853, *DP* 53.1.72; Cass. 24 juni 1858, *DP* 58.1.428; Cass. 7 oktober 1858, *DP* 58.1.474; Cass. 26 juli 1860, *DP* 60.1.470; Cass. 1 december 1860, *DP* 61.1.190.

⁵²⁹ Lyon 11 mei 1951, *D* 1951, Som. 81.

⁵³⁰ Cass. 9 januari 1847, *DP* 47.1.96; Cass. 16 juni 1855, *DP* 55.5.47; Cass. 23 november 1872, *DP* 72.1.430; Cass. 10 december 1868, *DP* 70.5.36; Assisen de la Somme 22 april 1852, *DP* 52.5.52; *Contra* Orléans 30 december 1850, *DP* 51.2.8.

⁵³¹ Cass. 31 januari 1854, *DP* 54.5.69.

⁵³² KI Toulouse 13 januari 1881, *DP* 81.2.84.

vroedvrouw en haar medeplichtigen (haar echtgenoot en twee personen die instructies gaven) op basis van artikel 317, lid 3 *Code pénal*. De vrouw die de abortus onderging werd vervolgd op grond van art. 317, lid 1 en 2 *Code pénal*.⁵³³

267. De wet van 27 maart 1923 correctionaliseerde het misdrijf abortus, maar verhoogde ook de straffen.⁵³⁴ Voor medici die een abortus uitvoerden kon naast een celstraf en een boete ook een tijdelijk of definitief beroepsverbod worden opgelegd. Het Hof van Cassatie verwierp in 1933 een cassatieberoep tegen een arrest waarbij een vroedvrouw wegens abortus een beroepsverbod van vijf jaar was opgelegd. Pas na de invrijheidstelling van de vroedvrouw kreeg het verbod uitwerking, hetgeen een carrièreswitch noodzaakte voor de vroedvrouw.⁵³⁵ Een vroedvrouw, schuldig bevonden aan de uitvoering van minstens twee abortussen, kreeg naast een penale boete, ook een gevangenisstraf van vier jaar en een levenslang beroepsverbod.⁵³⁶

III.1.4. Vervolgung wegens onopzettelijke slagen/verwondingen en doding door de vroedvrouw

268. In tegenstelling tot de uitspraken betreffende de onwettige uitoefening van de geneeskunde en verloskunde, is de publicatie van rechtspraak betreffende bovenvermeld misdrijf in de periode 19^{de} eeuw – eerste helft 20^{ste} eeuw zeer beperkt.

269. *De facto* was de vroedvrouw verplicht om zich wetenschappelijk bij te scholen door het bijwonen van congressen met de focus op de vooruitgang in de vroedkunde.⁵³⁷ Ook de kennis over hygiëne diende de vroedvrouw regelmatig ‘op te frissen’.⁵³⁸ Kraambedkoorts was immers in de 19^{de} eeuw een belangrijke doodsoorzaak van bevallen moeders en het aseptisch werken kon de overdracht van bacteriën sterk indijken. In dit kader sprak de correctionele rechtbank van Mons in 1893 een vroedvrouw vrij van onopzettelijke doding, bij gebrek aan vaststaand causaal verband (enkel vermoedens) tussen het overlijden van een moeder en de gebrekkige hygiëne van de vroedvrouw die daarvoor een vrouw met kraambedkoorts had verzorgd en die ook was overleden. De klacht kwam van de geneeskundige commissie van Henegouwen.⁵³⁹

270. Het hof van beroep van Amsterdam veroordeelde twee vroedvrouwen op grond van artikel 308 Sr. voor het veroorzaken van lichamelijk letsels door het te diep inbrengen van een naald en een bougie in de vagina. Dat de vroedvrouwen deze letsels toebrachten in hun poging de zwangerschap

⁵³³ KI Besançon 20 februari 1888, *DP* 88.2.235 (abortus op foetus van zes à zeven maanden).

⁵³⁴ Loi du 27 mars 1923 modifiant les dispositions de l'article 317 du code pénal sur l'avortement, *JO* 28 maart 1923; Het decreet 29 juli 1939 (Code de la famille) wijzigde art. 317 Code pénal opnieuw en verhoogde de straffen op abortus; Zie voor een overzicht: H. LERIDON, “La seconde révolution contraceptive: la régulation des naissances en France de 1950 à 1985. Présentation d'un Cahier de l'INED”, *Population* 1987, 365-367.

⁵³⁵ Cass. 7 december 1933, *DH* 1934, 23.

⁵³⁶ Poitiers 16 augustus 1940, *DA* 1941, 58 en *DC* 1941, 78.

⁵³⁷ *Pand.b.*, v° Epidémie, nr. 122.

⁵³⁸ *Pand.b.*, v° Sage-femme, nr. 13.

⁵³⁹ Corr. Mons 29 april 1893, *JT* 1893, 619, *Gazette médicale de Liège* 1893, afl. 33, 386-387.

vroegtijdig af te breken, leidde eigenaardig genoeg niet tot de kwalificatie van abortus.⁵⁴⁰ In een volledig gelijkaardige zaak (“een bougie in de vrouwelijkheid brengen”) veroordeelde hetzelfde hof een vroedvrouw tot acht maanden gevangenisstraf, maar op basis van art. 251*bis* Sr., namelijk het schenden van de zeden en dus ook niet wegens abortus.⁵⁴¹

271. Het Franse hof van beroep van Alger veroordeelde een vroedvrouw voor onopzettelijke doding wegens het niet nemen van voorzorgsmaatregelen bij de geboorte van een premature baby van 6,5 maand. Ze bond de navelstreng niet af en ondernam geen enkele interventie om de kans op overleven te verhogen.⁵⁴²

III.1.5. Vervolging wegens niet vervullen van administratieve verplichtingen door de vroedvrouw

272. Ten slotte kon de vroedvrouw ook terecht staan wegens het niet vervullen van administratieve verplichtingen ten opzichte van de overheid, zoals de geboorteaangifte.

273. In Frankrijk en België verplichtten artikel 55 en 56 *Code civil* de vroedvrouw, naast de dokter, de *officier de santé* of andere assisterende personen, om bij gebrek aan de vader of een andere persoon, de geboorteaangifte te doen bij de burgerlijke stand waar de geboorte plaatsvond, binnen de drie dagen. Deze verplichting gold op straffe van een gevangenisstraf en een geldboete.⁵⁴³ De verplichting gold bij aanwezigheid bij de geboorte van de baby en dus niet van de placenta.⁵⁴⁴

Een ambtenaar van de burgerlijke stand van Brugge rook onraad na een verwarrende verklaring van een vroedvrouw bij een geboorteaangifte. De vroedvrouw deed de geboorteaangifte bewust laattijdig, zodat de moeder de tijd had om de stad te verlaten. De moeder weigerde immers het kind op te voeden. De vroedvrouw werd veroordeeld tot een gevangenisstraf en een geldboete voor het vervalsen van de geboorteaangifte en poging tot omkoping van een openbaar ambtenaar.⁵⁴⁵

Twee vroedvrouwen verkregen de vrijspraak voor het niet uitvoeren van de geboorteaangifte, omdat ze redelijkerwijze mochten verwachten dat de persoon die aanwezig was bij de bevalling, de aangifte zou doen.⁵⁴⁶

⁵⁴⁰ Amsterdam 23 juni 1897, voorziening afgewezen door HR 15 november 1897, *Wvhr* 1897, afl. 7044; Amsterdam 14 september 1897, voorziening afgewezen door HR 20 december 1897, *Wvhr* 1898, afl. 7059 (vroedvrouw kreeg een gevangenisstraf van acht maanden en een beroepsverbod van vijf jaar).

⁵⁴¹ Amsterdam 7 september 1915, voorziening afgewezen HR 3 januari 1916, *Wvhr* 1916, afl. 9938; Artikel 251*bis* Sr. werd opgeheven bij wet van 1 november 1984.

⁵⁴² Alger 28 mei 1946, voorziening afgewezen door Cass. 12 december 1946, *D* 1947, 94.

⁵⁴³ Art. 55-56 *Code Civil* *juncto* artikel 361 *Code pénal*; huidig artikel 55-56 BW en 361 Sw.

⁵⁴⁴ Corr. Antwerpen 7 november 1877, *Pas.* 1878, 65.

⁵⁴⁵ Corr. Brugge 1 oktober 1858, Beveren-Waas, Rijksarchief, dossiernr. 2609.

⁵⁴⁶ Brussel 27 januari 1880, *Pas.* 1880, 80; Luik 30 oktober 1856, *Pas.* 1857, 67.

De correctionele rechtbank van Telgruc veroordeelde een vroedvrouw en drie andere personen tot een geldboete (met opschorting) wegens het verzuimen aan de geboorteaangifte, bij gebrek aan de vader.⁵⁴⁷

274. Zoals in België en Frankrijk moest de Nederlandse dokter, de heelmeeester, de vroedmeester, de vroedvrouw of een andere persoon die tegenwoordig was bij de bevalling, de geboorteaangifte doen, bij gebrek aan de vader, binnen de drie dagen na de bevalling (*dies a quo* niet meegeteld).⁵⁴⁸ De Hoge Raad interpreteerde ‘bij gebrek aan de vader’ in de zin van een onbekende of afwezige vader, waarbij de mogelijkheid tot aangifte niet bestond.⁵⁴⁹

275. Het al dan niet tegenwoordig zijn bij de bevalling was cruciaal voor de beoordeling van de strafzaak.⁵⁵⁰ De term ‘bevalling’ impliceerde de aanwezigheid van de zorgverlener op het moment van de geboorte van de baby.⁵⁵¹ Ruim geïnterpreteerd volstond ook het aanwezig zijn bij het doorknippen van de navelstreng, gevolgd door de geboorte van de placenta.⁵⁵²

De arrondissementsrechtbank van Arnhem sprak een vroedvrouw vrij wegens het niet voldoen aan de aangifteplicht, wetende dat bij gebrek aan de vader, de aangifte was gedaan door een ander persoon die bij de bevalling aanwezig was.⁵⁵³

De arrondissementsrechtbank van Amsterdam veroordeelde een vroedvrouw voor het niet tijdig aangeven van de geboorte na een thuisbevalling.⁵⁵⁴ In een andere zaak leidde het feit dat de vader in de gelegenheid was geweest om de aangifte te doen, tot de vrijspraak van de vroedvrouw.⁵⁵⁵ Het hof van beroep van Amersfoort verleende de vrijspraak aan een dokter en een vroedvrouw wegens niet aangifte, omdat de vader in de mogelijkheid was geweest om de aangifte te doen (hij was binnen de drie dagen na de bevalling naar huis gekomen).⁵⁵⁶

⁵⁴⁷ Corr. Telgruc s.d. 1909, *Articles de la presse ancienne* 1909, afl. 1415.

⁵⁴⁸ (Oud) artikel 29 *juncto* 30 Nederlands Burgerlijk wetboek van 1838, vervangen door art. 19e Nieuw Nederlands Burgerlijk wetboek van 1992 *juncto* art. 448 WvS; Zie uitgebreid over de aangifteplicht in Nederland: A. ROMBACH, “De aangifte der geboorte door den geneesheer”, *Ned T. Geneesk.* 1910, 1545-1552.

⁵⁴⁹ HR 12 december 1865, *WvHR* 1865, afl. 2759 en *N. Pas.*, v° Burgerlijke stand, 17; HR 31 augustus 1849, *WvHR* 1849, afl. 1062 (vader kon fysiek gezien de aangifte niet doen, door problemen met zijn knie).

⁵⁵⁰ HR 1 april 1862, *N. Pas.*, v° Burgerlijke stand, 15.

⁵⁵¹ HR 16 juli 1859, *WvHR* 1859, afl. 2083 en *N. Pas.*, v° Burgerlijke stand, 24.

⁵⁵² Utrecht 7 september 1841, *WvHR* 1841, afl. 232.

⁵⁵³ Arrondrb. Arnhem 11 november 1856, *WvHR* 1856, 1827 en *N. Pas.*, v° Burgerlijke stand, 20 en 22; Arrondrb. Amsterdam 20 maart 1864, *Rechtsgeleerd bijblad* 1864, 439 (geen veroordeling heelmeeester).

⁵⁵⁴ Arrondrb. Amsterdam 20 juni 1846, *WvHR* 1846, afl. 714.

⁵⁵⁵ Utrecht 4 november 1847, *N. Pas.*, v° Burgerlijke stand, 21.

⁵⁵⁶ Amersfoort 9 augustus 1862, *N. Pas.*, v° Burgerlijke stand, 23.

BESLUIT

276. Uit de gepubliceerde rechtspraak van de 19^{de} en de eerste helft van de 20^{ste} eeuw valt algemeen te besluiten dat de strafrechtelijke sanctionering van het medisch handelen door onbevoegden de nodige prioriteit kregen van justitie. De vervolging van mannen en vrouwen, die zonder de titel van dokter, vroedvrouw, vroedmeester bevallingen assisteerden, illustreerde de beleidskeuze van de overheid om de uitoefening van de verloskunde te beschermen. Bij gebrek aan gekwalificeerde vroedvrouwen op het platteland, was er in België en Frankrijk slechts uitzonderlijk sprake van een gedoogbeleid ten aanzien van bakkers.

277. De analyse van de rechtspraak toonde aan dat de reductie van de beroepsbekwaamheid tot de normale verloskunde toch enige invloed had op de aansprakelijkheid van de vroedvrouw. Met steeds het belang van moeder en/of kind in het vizier, waagde de vroedvrouw zich aan de onwettige uitoefening van de geneeskunde. Door onder meer de forceps te gebruiken, een sectio uit te voeren op een overleden vrouw, het hechten van een perineumscheur en het toedienen/afleveren van geneesmiddelen overtrad ze de wettelijke grenzen van haar beroep. Enkele zaken (bijvoorbeeld bij prematuriteit en placentaretentie) doen ook vermoeden dat er vroedvrouwen waren die moeite hadden om een normale situatie van een pathologische te onderscheiden en desgevallend een dokter te verwittigen. Zoals uit de rechtspraak bleek, waren de vroedvrouwen soms terughoudend om de expertise van een (concurrerende) dokter of vroedmeester in te roepen en gaven die laatste niet altijd een positieve respons aan de vraag van een vroedvrouw, hetgeen natuurlijk de kwaliteit van de zorgverlening niet ten goede kwam.

278. De vroedvrouw stond steeds terecht voor haar eigen daden, vermits de strafrechtelijke vervolging de norm was. Een burgerlijke aansprakelijkheidsprocedure uitgaande van de schadelijders kwam niet voor.

279. Inhoudelijk waren de meeste uitspraken ten aanzien van vroedvrouwen verdedigbaar, behalve indien sprake was van een noodtoestand (rechtvaardigingsgrond), waardoor in feite de wederrechtelijkheid als constitutief element ontbrak. Alleen bij de kwalificatie van het misdrijf was de consequentie soms zoek, vooral in het kader van de abortusproblematiek.

280. Het gereduceerde beroepsterrein en de geringe financiële valorisatie van de medische prestaties, deden de vroedvrouwen uitwijken naar andere 'praktijken'. De rechtsleer deed al vermoeden dat de professionele vroedvrouw zich inliet met de illegale uitvoering van abortus. De rechtspraakanalyse bevestigde dit feit. De abominabele omstandigheden waarin vroedvrouwen aborteerden en foetussen van vijf tot acht maanden doodden, doen terecht menige vragen rijzen. De legalisering van abortus onder strikte voorwaarden, uitgevoerd door een dokter, riep dergelijke wanpraktijken een halt toe.

III 2. DE VROEDVROUW VOOR DE RECHTER VANAF DE TWEEDE HELFT 20^{STE} EEUW

281. Dit hoofdstuk behandelt de aansprakelijkheid van de Belgische, Nederlandse en Franse vroedvrouw vanaf de tweede helft van de 20^{ste} eeuw. Binnen deze periode drong de medicalisering verder door en verloor de vroedvrouw opnieuw terrein.⁵⁵⁷ In vergelijking met de 19^{de} eeuw stelt zich de vraag of de strafrechtelijke aansprakelijkheid de norm bleef. Tevens wordt onderzocht of de vroedvrouw haar beroep beoefende binnen de wettelijke grenzen, die gedetailleerder worden vastgelegd naar de 21^{ste} eeuw toe. Was de onwettige uitoefening van de geneeskunde door de vroedvrouw verleden tijd? En stelde de rechter de vroedvrouw persoonlijk aansprakelijk of ontsprong ze de dans (ten nadele van de arts) door haar ondergeschikte positie?

282. Om deze onderzoeksvragen te beantwoorden, werd een analyse verricht van gepubliceerde en niet gepubliceerde rechtspraak over schadegevallen betreffende het verloskundig handelen van de vroedvrouw en/of de dokter.⁵⁵⁸ Als inleiding worden de vorderingsmogelijkheden van een Belgisch, Nederlands of Frans slachtoffer van een medisch incident toegelicht. Daarnaast komt de verzekeraarbaarheid van de prestaties van de vroedvrouw aan bod, hetgeen natuurlijk de vergoedbaarheid van de schade ten gevolge van een medische fout beïnvloedt (zie III.2.1). De rechtspraakanalyse bestaat uit een statistisch luik (zie III.2.2), gevolgd door een analyse van de feitelijke omstandigheden, afhankelijk van het tijdstip van het medisch incident (pre-, peri- of postnataal, zie III.2.3, III.2.4 en III.2.5). De focus ligt hierbij vooral op de vorm van aansprakelijkheid van de vroedvrouw en de te beoordelen medische aangelegenheid met het oog op het in kaart brengen van de risico's op aansprakelijkheid.

⁵⁵⁷ Op bepaalde aspecten van de in dit hoofdstuk behandelde materie is al ingegaan in: M. EGGERMONT, "The Belgian, French and Dutch midwife on trial: A critical case study", *Midwifery* 2015, 547-553; M. EGGERMONT, "Intrapartum care and substandard care: juridical recommendations to reduce the risk of liability", *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2015, 87-95; M. EGGERMONT, "De vroedvrouw en de gynaecoloog voor de rechter in België, Nederland en Frankrijk", in M. EGGERMONT (ed.), *Verloskunde in beweging II: de do's en don'ts in het voorkomen van aansprakelijkheid*, Antwerpen, Intersentia, 2014, 53-108; M. EGGERMONT, "Arts versus vroedvrouw: wie is aansprakelijk bij medische onzorgvuldigheden binnen de verloskunde", in M. EGGERMONT (ed.), *Verloskunde in beweging: de relatie patiënt-zorgverlener in juridisch perspectief*, Brugge, Die Keure, 2013, 61-103.

⁵⁵⁸ De bronnen van de gepubliceerde rechtspraak waren juridische en medische databanken; Niet-gepubliceerde rechtspraak werd verzameld via contacten met medische verzekeraars, griffies, advocaten, academici en beroepsorganisaties van zorgverleners; Zie randnr. 22-31.

III.2.1. Vorderingsmogelijkheden bij de afhandeling van medische incidenten

283. België, Nederland en Frankrijk voorzien in hun wetgeving verschillende mogelijkheden voor een patiënt die meent geen kwaliteitsvolle zorg te hebben ontvangen. Afhankelijk van het doel van de klacht, liggen er diverse pistes open. In eerste instantie is bemiddeling een optie via een daarvoor specifiek opgericht orgaan, zoals de Belgische ombudsdienst (zie A). In die fase is er geen sprake van een financiële compensatie, wel van overleg en het beantwoorden van vragen die de klager heeft naar aanleiding van het incident. Het vorderen van een schadevergoeding door de aansprakelijkheid van de zorgverlener te laten vaststellen door de burgerlijke rechter of de strafrechter is een volgende mogelijkheid (zie B en C). Geniet het bekomen van een schadevergoeding via de minnelijke weg de voorkeur, dan kan de patiënte zich richten tot een specifieke overheidsinstantie, zoals het Franse *Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux* of rechtstreeks tot de verzekeraar van de zorgverlener (zie D en E).

284. Wil de patiënte bemiddeling noch compensatie, maar wel het handelen van de zorgverlener aan de kaak stellen, dan behoort een klacht bij een controlerend overheidsorgaan zoals de Nederlandse Inspectie voor de Gezondheidszorg of bij de bevoegde orde van die specifieke zorgverlener ook tot de mogelijkheden.⁵⁵⁹

A. Het klachtrecht van de patiënte

A.1. In België

285. Vertrekkend van de definitie in de Wet Medische Ongevallen (zie verder) zijn ‘medische incidenten’ ongevallen, waarbij de schade aan de patiënt zijn oorzaak vindt in een verstrekking van gezondheidszorg en die voortvloeit uit een feit dat aanleiding *kan* geven tot aansprakelijkheid van de zorgverlener.⁵⁶⁰

286. Een Belgisch slachtoffer, zijnde een meerderjarige en wilsbekwame patiënt, de vertegenwoordiger van een wilsonbekwame patiënt (of bij overlijden, de erfgenaam), van een medisch incident hoeft niet meteen gerechtelijke stappen te ondernemen. Indien hij van mening is dat zijn patiëntenrechten zijn geschonden (bijvoorbeeld het recht op informed consent), kan hij zijn ongenoegen uiten bij de ombudsdienst.⁵⁶¹

⁵⁵⁹ Zie hoofdstuk IV.2.

⁵⁶⁰ Art. 2, 6° Wet 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, BS 2 april 2010, hierna Wet Medische Ongevallen; zie uitgebreid hoofdstuk II.2.1.D.1.

⁵⁶¹ Art. 11, §1 Wet patiëntenrechten; A. LUST en T. VANSWEEVELT, “Klachtrecht en ombudsfunctie” in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek gezondheidsrecht*, Volume II, Antwerpen, Intersentia, 2014, 703-733; Zie uitgebreid over (de bemiddelingsfunctie) van de ombudsdienst: M.-N. DERESE, *La médiation dans les soins de santé: enjeux et perspectives*, Waterloo, Kluwer, 2013, 800 p.

287. De ombudsdienst in een ziekenhuis heeft de volgende opdrachten:

“1° het voorkomen van vragen en klachten door de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar te bevorderen;

2° het bemiddelen bij de in § 1 bedoelde klachten met het oog op het bereiken van een oplossing;

3° het inlichten van de patiënt inzake de mogelijkheden voor de afhandeling van zijn klacht bij gebrek aan het bereiken van een in 2° bedoelde oplossing;

4° het verstrekken van informatie over de organisatie, de werking en de procedureregels van de ombudsfunctie;

5° het formuleren van aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot een in § 1 bedoelde klacht”.⁵⁶²

288. In de ambulante zorgverlening functioneert de Federale ombudsdienst ‘Rechten van de patiënt’ als het klachtorgaan bij uitstek. De Federale ombudsdienst is opgericht in de schoot van de Federale Commissie ‘Rechten van de patiënt’, die vooral de (praktische) toepassing van de patiëntenrechten en de werking van de ombudsdiensten in de ziekenhuizen evalueert.⁵⁶³

289. De voornaamste taak van de Federale ombudsdienst is bemiddeling:

“Met het oog op het bereiken van een deskundige oplossing voor de klacht, oefent de (ombudsdienst) zijn bemiddelingsopdracht op een zorgvuldige wijze uit.

De ombudsdienst kan daartoe iedere informatie inzamelen die hij nuttig acht in het kader van de bemiddeling. De ombudsdienst legt deze informatie, zonder daarbij een standpunt in te nemen, voor aan de bij de bemiddeling betrokken partijen.

In het bijzonder kan de (ombudsdienst), mits schriftelijke toestemming van de persoon die klacht neerlegt, het in artikel 9, § 2, van de patiëntenrechtenwet bedoelde recht op inzage in het patiëntendossier uitoefenen onder de in dat artikel bepaalde voorwaarden”.⁵⁶⁴

290. De ombudsdienst legt vooral de nadruk op bemiddeling tussen de klager en de (individuele) zorgverlener. Het bekomen van een schaderegeling is niet aan de orde. Leidt de tussenkomst van de ombudsdienst niet tot het gewenste resultaat, dan verleent hij de klager informatie over de (juridische) mogelijkheden om tot een andere oplossing of schikking te komen. Het slachtoffer/de klager heeft, naast een minnelijke procedure met de verzekeraar van de zorgverlener, steeds de

⁵⁶² Art. 11, §2 Wet patiëntenrechten; De werking en taken van de ombudsdienst zijn uitgewerkt in het KB 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen, *BS* 26 augustus 2003.

⁵⁶³ Artikel 16 Wet patiëntenrechten; zie voor meer info over de Federale ombudsdienst: <http://www.health.belgium.be/nl/de-federale-ombudsdienst-rechten-van-de-patient>.

⁵⁶⁴ Art. 11 KB 1 april 2003 tot regeling van de samenstelling en de werking van de Federale Commissie "Rechten van de Patiënt" ingesteld bij artikel 16 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *BS* 13 mei 2003.

mogelijkheid om een burgerlijke procedure op te starten (zie III. 2.1.B.1.), een strafklacht neer te leggen (zie III.2.1.C.1.) en/of zich te richten tot het Fonds voor de Medische Ongevallen (zie III.2.1.D.1.).

291. Wil de klager vooral verhinderen dat nog andere patiënten het slachtoffer zijn van een gelijkaardig incident of twijfelt hij aan de bekwaamheid van de specifieke zorgverlener om nog patiënten te behandelen, dan kan hij klacht neerleggen bij de provinciale geneeskundige commissie.⁵⁶⁵ Na een tuchtklacht tegen een arts kan ook de Orde van Artsen de zaak naar zich toe trekken en desgevallend de arts sanctioneren. Een gelijkaardig orgaan voor de Belgische vroedvrouwen bestaat er niet.⁵⁶⁶

A.2. In Nederland

292. In Nederland is een medisch incident: “een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg, en heeft geleid, had kunnen leiden of zou kunnen leiden tot schade bij de cliënt”.⁵⁶⁷ Een ‘calamiteit’, zijnde “een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van een cliënt of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid”, impliceert dan wel schade.⁵⁶⁸

293. Typerend voor de Nederlandse regeling van incidenten is enerzijds het ‘stroomschema klachtmogelijkheden’ waarbij de klager als het ware in een bepaalde richting wordt gestuurd, afhankelijk van zijn doelstelling om een klacht te formuleren. Anderzijds is ook de ‘Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid’ (GOMA) een treffende illustratie van de transparante houding van zorgverleners bij het afhandelen van klachten.

⁵⁶⁵ Zie hoofdstuk IV.2.1.B, randnr. 649-653.

⁵⁶⁶ Zie hoofdstuk IV.2.1.A, randnr. 629-648.

⁵⁶⁷ Art. 1.1. Besluit van 13 november 2015, houdende vaststelling van nadere regels ter uitvoering van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, hierna Uitvoeringsbesluit Wkkgz, *Stb* 2015 no. 447.

⁵⁶⁸ Art. 1 Wkkgz.

A.2.1. Mogelijkheden voor de patiënte

294. Al in 1995 creëerde de Nederlandse overheid een juridisch platform voor de regeling van klachten van patiënten in de ruime context van zorgverlening. De ‘wet klachtrecht cliënten zorgsector’ voorzag de mogelijkheid om zich als patiënt (of diens vertegenwoordiger of erfgenaam) te richten tot een onafhankelijke klachtencommissie van de desbetreffende zorginstelling.⁵⁶⁹ De klager kon zowel mondeling als schriftelijk zijn ongenoegen uiten en kreeg kennis van de uiteindelijke beslissing. De commissie beschikte over maximaal vijf maanden om haar beslissing (in enige aanleg) te nemen. Het dossier doorverwijzen naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg⁵⁷⁰ en/of aanbevelingen doen ten aanzien van de zorgverlener behoorden ook tot de bevoegdheid van de commissie.

295. Deze procedure voldeed niet aan de behoeften van de Nederlandse patiënten. De vereniging van klachtenfunctionarissen in instellingen voor de gezondheidszorg (VKIG) en de medische aansprakelijkheidsverzekeraars Centramed en MediRisk namen in 2014, in nauwe samenwerking met koepels van patiënten, belangenbehartigers en zorgverleners het initiatief tot het ontwikkelen van het ‘stroomschema klachtmogelijkheden’.⁵⁷¹ De nieuwe ‘wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg’ (Wkkgz), van toepassing sinds 1 januari 2016, biedt hiervoor de juridische onderbouw.⁵⁷²

296. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen vier fasen: 1) een eerste opvang, 2) een informele klachtenafhandeling, 3) een formele klachtenafhandeling en 4) een klacht bij de gerechtelijke instanties. De eerste drie fasen verlopen kosteloos voor de patiënt.

De eerste opvang gebeurt door de zorgverlener zelf en is vooral bedoeld om het vertrouwen tussen patiënte en zorgverlener niet in het gedrang te brengen. Hierbij staan het aanbieden van excuses en het geven van informatie door de zorgverlener centraal. “De zorgaanbieder treft, rekening houdende met de aard van de zorg en de categorie van cliënten waaraan zorg wordt verleend, schriftelijk een regeling voor een effectieve en laagdrempelige opvang en afhandeling van hem betreffende klachten, die voldoet aan het bepaalde in deze paragraaf”.⁵⁷³

⁵⁶⁹ Wet 29 mei 1995 houdende regels ter zake van de behandeling van klachten van cliënten van zorgaanbieders op het terrein van de maatschappelijke zorg en gezondheidszorg (Wkcz), *Stb* 1995 no. 308, opgeheven op 1 januari 2016.

⁵⁷⁰ Zie voor de oorsprong van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, hoofdstuk IV.2.2.C.

⁵⁷¹ Werkgroep zorgvuldige communicatie, *Stroomschema klachtmogelijkheden*, 2014, 2, zie <http://www.vkig.nl/de-klacht/stroomschema-klachtmogelijkheden>.

⁵⁷² Wet 7 oktober 2015 houdende regels ter bevordering van de kwaliteit van zorg en de behandeling van klachten en geschillen in de zorg, hierna Wkkgz, *Stb* 2015 no. 407, zie voor meer praktische info: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/inhoud/wet-kwaliteit-klachten-en-geschillen-zorg>

⁵⁷³ Art. 13.1. Wkkgz.

De informele klachtenafhandeling is veeleer de bevoegdheid van de klachtenfunctionaris.⁵⁷⁴ Uiterlijk op 1 januari 2017 moet elke zorgverlener bij een dergelijke persoon aangesloten zijn. De klachtenfunctionaris gaat vooral bemiddelen en de verschillende mogelijkheden met de klager gaan bespreken. “De zorgaanbieder wijst een of meer daartoe geschikt te achten personen aan die een klager op diens verzoek gratis van advies dienen met betrekking tot de indiening van een klacht en bijstaan bij het formuleren van de klacht en het onderzoeken van de mogelijkheden om tot een oplossing voor de klacht te komen”.⁵⁷⁵ Dit systeem is vergelijkbaar met de Belgische ombudsdienst.

Lost dit bemiddelingsgesprek de verwachtingen niet in, dan kan de patiënte zich richten tot een onafhankelijke (door de overheid erkende) geschilleninstantie, bestaande uit representatieve organisaties van patiënten en zorgverleners. Elke zorgverlener is verplicht om zich vóór 1 januari 2017 bij een dergelijke instantie aan te sluiten. De uitspraak van de geschilleninstantie is bindend en kan bovendien een schadevergoeding toekennen van maximaal 25.000,00 euro.⁵⁷⁶ Voor geschillen onder de 5.000,00 euro kan het slachtoffer tevens terecht bij de Geschillencommissie Zorginstellingen.⁵⁷⁷

Ten slotte staan de burgerlijke en de strafrechtelijke procedure open, teneinde een financiële compensatie te bekomen.

297. Is de klager van oordeel dat er mogelijks een gevaar is voor andere patiënten, dan kan hij een klacht indienen bij het ‘Landelijk Meldpunt Zorg’. Dit is de overheidsinstantie die patiënten informeert en adviseert over klachten in de zorg.⁵⁷⁸ Het Landelijk Meldpunt Zorg kan beslissen de klacht door te verwijzen naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

298. Iedere zorginstelling op zich is verplicht een calamiteit te melden bij de IGZ.⁵⁷⁹

299. De Inspectie besluit gevolg te geven aan de melding, indien aan één van de volgende criteria is voldaan:

1. De melding wijst op een situatie die voor de veiligheid van cliënten of de zorg een ernstige bedreiging betekent of kan betekenen;
2. De melding noodzaakt met het oog op het belang van goede zorg of de veiligheid van cliënten anderszins redelijkerwijs tot onderzoek;

⁵⁷⁴ Zie voor meer praktische info inzake het beroepsprofiel van de klachtenfunctionaris <http://www.vkig.nl/het-beroep/beroepsprofiel>.

⁵⁷⁵ Art. 15.1. Wkkgz; zie voor meer info inzake de taken van de klachtenfunctionaris, <https://www.landelijkmeldpuntzorg.nl/burger/klachtenfunctionaris>.

⁵⁷⁶ Art. 19-21 Wkkgz; zie voor meer praktische info <https://www.nieuwezorgaanbieders.nl/erkenning>.

⁵⁷⁷ Zie voor meer info <https://www.degeschillencommissie.nl/over-ons/commissies/zorginstellingen/>.

⁵⁷⁸ <https://www.landelijkmeldpuntzorg.nl/burger/home>.

⁵⁷⁹ Art. 11 Wkkgz.

3. De melding heeft betrekking op het niet of niet geheel voldoen aan een klachten- of geschillenregeling door een zorgaanbieder.⁵⁸⁰

300. Elke zorgverlener of zorginstelling houdt een register bij van de interne meldingen van incidenten. Doel is dat collega's bevindingen met elkaar bespreken, ervan leren en zo samen de zorg verbeteren. Het register heeft geen publiek karakter, maar in het kader van een calamiteit of geweld in de zorgrelatie, kunnen de gegevens wel in een civielrechtelijke, strafrechtelijke, bestuursrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure als bewijs worden gebruikt.⁵⁸¹

301. Het Nederlands systeem is opgezet om slachtoffers de minnelijke weg te laten bewandelen voor de oplossing van het gerezen conflict en/of een compensatie van hun schade. Een nationaal schadefonds zoals het Belgische FMO bestaat (voorlopig) niet in Nederland (zie III.2.1.D.2). Een burgerlijke procedure opstarten of een strafklacht neerleggen met als streefdoel het aansprakelijk stellen van een zorgverlener of zorginstelling (zie III.2.1.B.2 en III.2.1.C.2) blijft een (wel te overwegen) keuze.

302. Acht de klager een tuchtsanctie opportuun, dan kan hij klacht neerleggen zowel tegen een verloskundige als tegen een arts bij het bevoegde Regionaal Tuchtcollege.⁵⁸²

A.2.2. Omgaan met klachten door de zorgverlener

303. De Nederlandse zorgverleners laten hun Belgische en Franse collega's ver achter zich wat betreft de organisatie van het klachtrecht van de patiënt en de te volgen gedragsregels bij de afhandeling van een medisch incident. Naast de overheid namen immers ook de Letselschade Raad en (specifiek naar verloskundigen toe) de KNOV de laatste decennia verschillende initiatieven om een klachtdossier gestroomlijnd en binnen een relatief korte tijdspanne af te handelen.

304. De negatieve ervaringen van patiënten na een medisch incident, waren een duidelijk signaal voor het werkveld en de overheid om actie te ondernemen ter verbetering van de positie van de patiënt. De Letselschade Raad (tot eind 2008 werkzaam onder de naam van Nationaal Platform Personenschade) faciliteerde in 2012 dan ook de Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA).⁵⁸³

⁵⁸⁰ Art. 8.15 Uitvoeringsbesluit Wkkgz; zie voor meer info inzake het onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, <https://www.landelijkmeldpuntzorg.nl/burger/klacht-melden-bij-het-landelijk-meldpunt-zorg>.

⁵⁸¹ Art. 9.6. Wkkgz.

⁵⁸² Zie hoofdstuk IV.2.2, randnr. 659-663.

⁵⁸³ <http://www.deletselschaderaad.nl/>.

305. De GOMA bevat negentien aanbevelingen, waarin een open communicatie tussen zorgverlener en patiënt centraal staat. Er zijn specifieke aanbevelingen voor de zorgverlener meteen na een incident (deel A) en na de confrontatie met een vraag tot schadevergoeding (deel B).⁵⁸⁴

306. Het strekt tot de aanbeveling voor de zorgverlener om meteen na het incident de patiënt zorgvuldig en zo volledig mogelijk te informeren, op basis van een goed bijgehouden patiëntendossier, over het incident (oorzaak en gevolg). Het beperken van (verdere) schade en het ondernemen van verbeteracties behoren ook tot de aandachtspunten. De GOMA onderschrijft het betuigen van spijt voor de feiten, maar ook het erkennen van een fout en dat brengt natuurlijk wel belangrijke gevolgen met zich mee voor een eventuele procedure gericht op het bekomen van een schadevergoeding.

307. Eens de klager een verzoek tot schadevergoeding heeft geformuleerd, treden de medische verzekeraars op de voorgrond. De belangrijkste gedragsregel in deel B is dan ook: het verzoek ‘adequaat’ af te handelen. Dit doen ze door onder meer: een beroep te doen op externe deskundigen, desgevallend een minnelijke medische expertise te organiseren en ten slotte een standpunt inzake dekking in te nemen, in principe binnen de drie maanden.

308. De werkzaamheden voor een *update* van de GOMA zijn nog in volle ontwikkeling.⁵⁸⁵ Tijdens het 4e GOMA symposium in mei 2016 werd ook de samenhang met de Wkkgz toegelicht, met speciale aandacht voor de nieuwe rol van de klachtenfunctionaris en de Geschillencommissie. Daarnaast is ingegaan op de stand van zaken van de herziening van de GOMA (GOMA 2.0).

309. Onder coördinatie van De Letselschade Raad is in 2012 de Gedragscode Behandeling Letselschade (GBL) geheel herzien.⁵⁸⁶ De Gedragscode Behandeling Letselschade reikt spelregels aan op het gebied van een transparante en harmonieuze schaderegeling, toegespitst op de relaties tussen slachtoffers, verzekeraars en belangenbehartigers. Deze code bevat tien gedragsregels, vooral bedoeld om het proces van schadeafhandeling verder te professionaliseren. De snelheid van handelen en het open communiceren staan opnieuw hoog aangeschreven. Een snelle procedure houdt de kosten laag, versterkt de goede reputatie van partijen en zal positieve aandacht genereren, wat het maatschappelijk draagvlak voor de letselschadepraktijk versterkt.

310. De KNOV stelde in 2008 de ‘Handreiking Klachtenregeling voor de verloskundige praktijk’ op.⁵⁸⁷ De handreiking is bedoeld om een open klimaat te creëren wat betreft de afhandeling van klachten van patiënten in de eerstelijnszorg van verloskundigen. Het is belangrijk dat de zorgverlener bewust ingaat op klachten of signalen van ontevredenheid met de geboden zorg.

⁵⁸⁴ De Letselschade Raad, *Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA)*, Den Haag, 2012, 36 p.

⁵⁸⁵ <http://www.deletselschaderaad.nl/>, Dienstverleners, GOMA, Op weg naar een nieuwe GOMA.

⁵⁸⁶ De Letselschaderaad, *Gedragscode Behandeling Letselschade (GBL)*, Den Haag, 2012 (herziening van 2006), 72 p.

⁵⁸⁷ KNOV, *Handreiking Klachtenregeling voor de verloskundige praktijk*, Utrecht, 2008, 56 p.

Binnen de KNOV is er ook een klachtencommissie operationeel die vooral inzet op het formuleren van aanbevelingen ten aanzien van de betrokken verloskundige, bijvoorbeeld in het onderhouden van een betere communicatie of het bijhouden van een patiëntendossier.

311. Geïnspireerd door de GOMA stelde de KNOV in 2013 de ‘Handreiking Omgaan met incidenten’ op.⁵⁸⁸ De KNOV biedt met deze handreiking een stappenplan aan, dat de verloskundige moet in staat stellen om zowel incidenten te registreren, te evalueren (vermijden van incidenten in de toekomst) als correct om te gaan met een slachtoffer van een incident. Open communiceren is opnieuw de rode draad doorheen de handreiking.

A.3. In Frankrijk

312. Bijna een jaar na de Nederlandse installeerde ook de Franse overheid in 1996 een *commission de conciliation*, bevoegd voor het kennisnemen van klachten over de zorgverlening in de ziekenhuizen (publiek of privé), het bemiddelen tussen de partijen en het informeren van de klager over de opties voor de afhandeling van zijn klacht.⁵⁸⁹

313. De wet op de patiëntenrechten van 2002 transformeerde de bestaande commissie in *Commission des Relations avec les Usagers et de la qualité* (CRU).⁵⁹⁰ Het uitvoeringsbesluit betreffende de werking van de CRU liet enige tijd op zich wachten. Pas drie jaar later lag in de *Code de la santé publique* het wettelijk kader vast van de bevoegdheden van de CRU.⁵⁹¹

314. Met de wet van 26 januari 2016 inzake de modernisering van de gezondheidszorg verkreeg de commissie haar huidige vorm.⁵⁹² Het takenpakket van de *Commission Des Usagers* (CDU) omvat meer dan het louter bemiddelen bij klachten betreffende de zorgverlening.

315. De CDU is ook bevoegd voor:

- het waken over het respect voor de rechten van de patiënt door de zorgverleners;
- het meewerken aan het verbeteren van de kwaliteit van de opvang van patiënten en hun verwanten;
- het mede vormgeven van het kwaliteits- en veiligheidsbeleid van de zorginstellingen.

⁵⁸⁸ www.knov.nl/, Werk & organisatie, Klachten, calamiteiten en incidenten.

⁵⁸⁹ Art. L. 710-1-2 *Code de la santé publique*, ingevoegd door Ordonnance no 96-346 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, JO 25 april 1996.

⁵⁹⁰ Art. L.1112-3 *Code de la santé publique*, ingevoegd door art. 92 Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JO 5 maart 2002

⁵⁹¹ Art. R. 1112-79 tot artikel R. 1112-94 *Code de la santé publique*, ingevoegd door Décret n° 2005-213 2 mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et modifiant le code de la santé publique, JO 4 maart 2005.

⁵⁹² Art. L.112-3, gewijzigd door artikel 183 Loi n° 2016-41 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JO 27 januari 2016.

316. Om deze opdrachten te vervullen gaat de CDU onder meer:⁵⁹³

- een synthese maken van de tevredenheidsenquêtes ingevuld door de patiënten;
- de omvang en het soort van klachten (ook gerechtelijke procedures) tegen de zorginstelling in kaart brengen;
- minstens één maal per jaar een presentatie geven over de meest erge (schade)gevallen;
- informatie verschaffen over de doorgevoerde bijsturingen in het beleid naar aanleiding van bepaalde klachten of (schade)gevallen;
- aanbevelingen formuleren inzake de opleiding van het zorgpersoneel om de kwaliteit van de geboden zorg te optimaliseren.⁵⁹⁴

317. Indien de bemiddeling geen succesvol resultaat oplevert, kan de Franse patiënt zijn vraag tot schadevergoeding aan de *Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux* stellen (zie III.2.1.D.3), vooraleer naar de rechter te stappen (zie III.2.1.A.3 en III.2.1.B.3).

318. De *Ordre Nationale des sages-femmes* en de *Ordre Nationale des médecins* zijn bevoegd om kennis te nemen van tuchtklachten tegen respectievelijk vroedvrouwen en artsen.⁵⁹⁵

⁵⁹³ Art. R.112-80 *Code de la santé publique*, gewijzigd door Décret n° 2016-726 1 juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé, JO 3 juni 2016.

⁵⁹⁴ Zie voor meer praktische info: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10256>.

⁵⁹⁵ Zie hoofdstuk IV.2.3.A en B, randnr. 702-711.

B. Burgerlijke procedure

319. Zowel in België, Nederland als Frankrijk kan de schadelijder de aansprakelijkheid van de zorgverlener en zorginstelling vorderen bij de burgerlijke rechter op grond van een schending van de algemene zorgvuldigheidsnorm (onrechtmatige daad) of de overeenkomst met de patiënt (contractueel). De voorwaarden voor aansprakelijkheid, zijnde fout, schade en causaal verband worden in de drie landen nader toegelicht. Bij de bespreking van de fout wordt een onderscheid gemaakt tussen de eigen fout en andermans fouten.

B.1. Voorwaarden voor burgerlijke aansprakelijkheid in België

B.1.1. Algemeen

320. Voor een slachtoffer van een verloskundig incident staan er op burgerlijk gebied twee mogelijkheden open om een schadevergoeding te bekomen.

De eerste mogelijkheid is een vordering op basis van 1382 BW tegen het ziekenhuis, de arts en de vroedvrouw en/of op basis van artikel 1384, lid 3 BW voor de fouten van hun aangestelden tegen de arts en het ziekenhuis. Sinds de Verjaringswet van 10 juni 1998 bedraagt de verjaringstermijn voor buitencontractuele vorderingen vijf jaar na kennisname van de schade of van de verzwarende ervan door de benadeelde en van de identiteit van de aansprakelijke.⁵⁹⁶ De vordering verjaart ten laatste twintig jaar vanaf het feit waardoor de schade is veroorzaakt.⁵⁹⁷ Voordien was dit dertig jaar, zoals nu nog steeds het geval is voor zakelijke rechtsvorderingen.⁵⁹⁸

De tweede optie is een contractuele vordering, tegen het ziekenhuis op basis van een wanprestatie in de uitvoering van de ziekenhuisovereenkomst⁵⁹⁹ of tegen de zelfstandige arts/vroedvrouw op basis van een schending van de behandelingsovereenkomst, telkens op grond van artikel 1147 BW.⁶⁰⁰ Persoonlijke contractuele rechtsvorderingen verjaren na verloop van tien jaar.⁶⁰¹

⁵⁹⁶ Wet 10 juni 1998 tot wijziging van sommige bepalingen betreffende de verjaring, BS 17 juli 1998, inwerkingtreding 27 juli 1998.

⁵⁹⁷ Art. 2262bis BW.

⁵⁹⁸ Art. 2262 BW.

⁵⁹⁹ T. VANSWEEVELT, "Rechtsverhoudingen, aansprakelijkheid en schadevergoeding in de gezondheidszorg", in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek gezondheidsrecht*, Volume I, Antwerpen, Intersentia, 2014, 1273-1501; T. VANSWEEVELT, *Rechtspraak-en wetgevingsbundel gezondheidsrecht*, Mechelen, Kluwer, 2011, 267; H. VANDENBERGHE, "Medische aansprakelijkheid", in H. VANDENBERGHE (ed.), *De professionele aansprakelijkheid*, Brugge, die Keure, 2004, 12-16. (hierna H. VANDENBERGHE, *Medische aansprakelijkheid*).

⁶⁰⁰ T. GOFFIN, *De professionele autonomie van de arts. De rechtspositie van de arts in de arts-patiëntrelatie*, Brugge, die Keure, 2011, 283-323.

⁶⁰¹ Art. 2262bis BW.

321. Ook in medische aansprakelijkheidsprocedures draagt de eisende partij de bewijslast (*actori incumbit probatio*).⁶⁰² Geen enkele specifieke regel weerlegt dit algemeen principe van het Belgische recht.⁶⁰³

B.1.2. De fout

322. Het concept fout veronderstelt een onrechtmatig handelen als objectief element en de toerekenbaarheid aan de dader als subjectief element.⁶⁰⁴ Dit laatste veronderstelt de schuldbekwaamheid van de dader.⁶⁰⁵ Het foutief handelen in het Belgische rechtstelsel bestaat in het schenden van een specifieke norm (bijvoorbeeld de patiëntenrechtenwet of de strafwet) door een handelen of een nalaten. Ook het zich niet gedragen als een zorgvuldig en omzichtig persoon, geplaatst in dezelfde omstandigheden wordt beschouwd als een fout (vergelijking met de *bonus pater familias*). Voor de zorgverleners betekent dit dan concreet dat hun gedrag getoetst wordt aan het handelen van een zorgvuldige zorgverlener van dezelfde categorie, conform de stand van de wetenschap op het ogenblik van de feiten.⁶⁰⁶ Het zorgvuldigheidscriterium impliceert dat het gedrag van de zorgverlener *in abstracto* wordt beoordeeld.⁶⁰⁷ Voor de beoordeling van de fout wordt dus het objectief criterium gehanteerd. Subjectieve factoren zoals drukte of oververmoeidheid worden buiten beschouwing laten. Het toch in rekening brengen van deze interne elementen zou immers een ongelijke waardering van gelijkaardige schadegevallen met zich meebrengen.⁶⁰⁸

323. Uitgangspunt voor de aquiliaanse fout is de *culpa levissima*, de lichtste fout volstaat. Voor contractuele aansprakelijkheid volstaat in principe de *culpa levis in abstracto*, maar in de praktijk bestaat er geen verschillende beoordeling in vergelijking met de onrechtmatige daad.⁶⁰⁹

§1. Eigen fout

324. Elke zorgverlener kan in principe voor zijn eigen daden aansprakelijkheid oplopen. Voor zorgverleners die als bediende of als ambtenaar (dus met een arbeidscontract of statutair) tewerkgesteld zijn, heeft de wetgever een bijkomende bescherming ingebouwd: de beperkte aansprakelijkheidsimmunititeit. Wordt een fout bijvoorbeeld toegerekend aan een vroedvrouw, dan kan zij zich beroepen op de vrijstelling voorzien in artikel 18 van de Wet op de

⁶⁰² Art. 1315 BW en artikel 870 Ger. W.

⁶⁰³ Zie hoofdstuk V.1.2.B.§2 voor een nuancering inzake de bewijslast bij het informed consentprincipe.

⁶⁰⁴ H. VANDENBERGHE, "Recente ontwikkelingen bij de foutaansprakelijkheid", *Themis* 2007-08, afl. 48, 45-85. (hierna: H. VANDENBERGHE, *Recente ontwikkelingen bij de foutaansprakelijkheid*).

⁶⁰⁵ Voorbeelden van schuldontbekwaamheid zijn kinderen en geestelijk onbekwamen, cfr. art. 1386bis BW.

⁶⁰⁶ H. VANDENBERGHE, *Medische aansprakelijkheid*, 43-44; T. VANSWEETVELT, "De privaatrechtelijke positie van de patiënt", *TPR* 1995, 1715.

⁶⁰⁷ T. VANSWEETVELT, "De aansprakelijkheid van de arts en het ziekenhuis voor eigen gedrag" in T. VANSWEETVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek Gezondheidsrecht*, Volume I, Antwerpen, Intersentia, 2014, 1312-1313. (hierna T. VANSWEETVELT, *De aansprakelijkheid van de arts en het ziekenhuis voor eigen gedrag*).

⁶⁰⁸ H. VANDENBERGHE, *Recente ontwikkelingen bij de foutaansprakelijkheid*, 53-54.

⁶⁰⁹ T. VANSWEETVELT, *De civielrechtelijke aansprakelijkheid van de geneesheer en het ziekenhuis*, Antwerpen, Maklu, 1997, 163.

arbeidsovereenkomsten (WAO) (indien ze bediende is) of in artikel 2 van de Wet van 2003 betreffende de aansprakelijkheid van en voor personeelsleden in dienst van openbare rechtspersonen (indien ze ambtenaar is).⁶¹⁰

325. Het Hof van Cassatie bevestigde bij arrest van 8 maart 2006 dat de vrijstelling van de aangestelde, alleen de werknemer zelf betreft.⁶¹¹ De vroedvrouw in dienstverband kan zich op artikel 18 WAO beroepen in haar relatie met het ziekenhuis, maar ook ten aanzien van de eisende partijen die haar aansprakelijkheid vorderen.⁶¹² Als de vroedvrouw zichzelf schade berokkent, vindt de immunitetsregel geen toepassing.⁶¹³ Als een arts tewerkgesteld is met een arbeidsovereenkomst (bijvoorbeeld in een universitair ziekenhuis) kan hij zich ook beroepen op artikel 18 WAO.⁶¹⁴

326. Met ingang van 1 september 2016 geldt deze bescherming ook voor stagiairs (bijvoorbeeld studenten-vroedkunde), verbonden aan een onderwijsinstelling van de Vlaamse Gemeenschap.⁶¹⁵

327. Deze vrijstelling houdt in dat de werknemer, behoudens een zware fout, opzet of een gewoonlijk voorkomende lichte fout, niet persoonlijk aansprakelijk kan gesteld worden.⁶¹⁶ Een zware fout kan een schending zijn van een algemene gedragsnorm, maar vloeit niet automatisch voort uit een misdrijf. De zware fout houdt een zeer onvoorzichtige gedraging in, (kennelijk) ondenkbaar voor een normaal zorgvuldig handelende zorgverlener. Men spreekt ook wel van een gewetenloze, onvergeeflijke gedraging.⁶¹⁷ Bij een opzettelijke fout moet steeds het intentieel element worden aangetoond, nl. wetens en willens een fout begaan. Rechtspraak inzake een gewoonlijk voorkomende lichte fout in de gezondheidszorg is *quasi* onbestaande. Het bewijzen dat een lichte fout herhaaldelijk voorkomt is immers niet evident.⁶¹⁸

328. Uit de rechtspraakanalyse van de verloskundige dossiers blijkt dat het invoeren van deze beschermingsregel voor de vroedvrouw een marginaal gegeven is. In geen enkel dossier was er sprake van opzet, een gewoonlijk voorkomende lichte fout of heeft de vroedvrouw zich kunnen/moeten beroepen op deze regel, meestal omdat ze geen procespartij was in het geding. In

⁶¹⁰ Wet 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten, *BS* 22 augustus 1978; Wet 10 februari 2003 betreffende de aansprakelijkheid van en voor personeelsleden in dienst van openbare rechtspersonen, *BS* 27 februari 2003.

⁶¹¹ Cass. 8 maart 2006, *JT* 2006, 625.

⁶¹² Brussel 9 november 2001, *JLMB* 2002, 418.

⁶¹³ H. VANDENBERGHE, "Aansprakelijkheid van de aansteller", *TPR* 2011, 597-599 (hierna: H. VANDENBERGHE, Aansprakelijkheid van de aansteller).

⁶¹⁴ Rb. Brussel 21 april 2004, *JT* 2004, 6150.

⁶¹⁵ Art. II.355/1 Besluit 11 oktober 2013 van de Vlaamse Regering tot codificatie van de decretale bepalingen betreffende het hoger onderwijs, *BS* 27 februari 2014 (Codex Hoger Onderwijs).

⁶¹⁶ J.L. FAGNART, *La sage-femme face à ses responsabilités*, 122.

⁶¹⁷ H. VANDENBERGHE, Aansprakelijkheid van de aansteller, 600.

⁶¹⁸ T. VANSWEEVELT, "De aansprakelijkheid van de arts en het ziekenhuis voor andermans daad" in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek Gezondheidsrecht*, Volume I, Antwerpen, Intersentia, 2014, 1428-1429. (hierna: T. VANSWEEVELT, *De aansprakelijkheid van de arts en het ziekenhuis voor andermans daad*); H. VANDENBERGHE, Aansprakelijkheid van de aansteller, 597-601.

één dossier, daterend van vóór de inwerkingtreding van de vrijstelling voor ambtenaren, liep de vroedvrouw wel persoonlijke aansprakelijkheid op.⁶¹⁹

§2. *Andermans fout*

329. Zowel het ziekenhuis, de arts als de vroedvrouw kan aansprakelijk worden gesteld voor fouten begaan door andere personen, mede betrokken in de zorgverlening. Zowel de aanstellersaansprakelijkheid van de opdrachtgever, de quasi-immuniteit van de uitvoeringsagent als de centrale ziekenhuisaansprakelijkheid zijn relevant in deze thematiek.

330. Vooreerst kunnen het ziekenhuis en de arts, overeenkomstig artikel 1384, lid 3 BW, aansprakelijk zijn voor de fouten van hun aangestelden (ondergeschikten): “de meesters en zij die anderen aanstellen zijn aansprakelijk voor de schade door hun dienstboden en aangestelden veroorzaakt in de bediening waartoe ze hen gebezigd hebben”. Er moeten dus twee voorwaarden zijn voldaan: 1) er moet sprake zijn van een band van ondergeschiktheid en 2) de onrechtmatige daad moet begaan zijn in de uitoefening van de functie.

Het is vrij evident dat een vroedvrouw werkzaam in een ziekenhuis medische handelingen ten aanzien van patiënten stelt in de uitoefening van haar functie. De eerste voorwaarde is minder evident. De vraag rijst wanneer de vroedvrouw handelt als een ondergeschikte en ten opzichte van wie. De juridische of feitelijke mogelijkheid van de aansteller om gezag en toezicht op zijn ondergeschikte uit te oefenen, bepaalt de aanwezigheid van een band van ondergeschiktheid. Er hoeft geen sprake te zijn van effectief gezag.⁶²⁰ Doorslaggevend is de feitelijke verhouding, los van enige arbeidsovereenkomst/aanstelling of bezoldiging. Het louter bestaan van een arbeidsovereenkomst is dus geen vrijgeleide om te stellen dat de werknemer handelt als aangestelde van de werkgever.⁶²¹ De rechter moet steeds nagaan onder wiens gezag de aangestelde werkelijk stond op het moment van het schadeverwekkend feit.⁶²² De aansteller moet ook het recht hebben om bevelen te geven aan zijn ondergeschikte.⁶²³ Bovendien moet de aansteller handelen in eigen naam en voor eigen rekening.⁶²⁴

Bij de vroedvrouw kan er een gezagsverhouding zijn met het ziekenhuis, namelijk in het kader van de handelingen die ze stelt binnen de normale verloskunde. Als het

⁶¹⁹ Brussel 4 november 2004, arrestnr. 1061.

⁶²⁰ Cass. 29 juni 2009, *Arr. Cass.* 2009, 1846; H. VANDENBERGHE, *Aansprakelijkheid van de aansteller*, 575-579; H. VANDENBERGHE, *Medische aansprakelijkheid*, 77.

⁶²¹ Cass. 31 oktober 1980, *Pas.* 1981, I, 268, concl. H. LENAERTS, *RW* 1980-81, 1055; Cass. 3 januari 2002, *T.Gez.* 2003-04, 24, noot I. BOONE; T. VANSWEEVELT, *De aansprakelijkheid van de arts en het ziekenhuis voor andermans daad*, 1438.

⁶²² Cass. 21 februari 2006, *Pas.* 2006, I, 417.

⁶²³ Bergen 28 februari 2007, *For. Ass.* 2008, 45, noot I. LUTTE.

⁶²⁴ Cass. 22 januari 2007, *Pas.* 2007, I, 122.

geboorteproces een normaal verloopt kent, is er minder kans op schade en dus ook minder kans op een aansprakelijkheidsvordering. In pathologische situaties is de kans op schade veel groter. Gezien de vroedvrouw in pathologische situaties onder de verantwoordelijkheid van de arts werkt, zal dus in die gevallen de aanstellersaansprakelijkheid van de arts beoordeeld worden. De gynaecoloog functioneert als occasionele aansteller van de vroedvrouw, vermits het ziekenhuis eigenlijk zijn werkneemsters een opdracht laat uitvoeren bij de arts, het ziekenhuis stelt met andere woorden zijn vroedvrouwen ter beschikking van de arts, die hen bevelen en instructies geeft in de verloskundige opvolging van een patiënte.⁶²⁵ Het feit dat er dus een arbeidsovereenkomst is met het ziekenhuis, doet geen afbreuk aan het gezag van de arts.

De volgende rechtszaken zijn een treffende illustratie van de occasionele aanstellersaansprakelijkheid van de arts voor de fouten van de vroedvrouw. De vroedvrouw handelde volgens de rechtbank telkens onder ‘leiding en toezicht’ van de arts.

Het hof van beroep van Brussel veroordeelde een huisarts voor onopzettelijke doding van moeder en kind, omdat zij handelde met een “onverantwoorde professionele lichtzinnigheid”. De huisarts liet de vroedvrouwen bij schouderdystocie (blokkage van de schouders na de geboorte van het hoofd), fundusdruk (drukken op de baarmoeder) uitoefenen, hetgeen tegengeïndiceerd is. De overmatige druk veroorzaakte een uterusruptuur. Burgerlijk rekende het hof de vroedvrouwen deze fout niet toe, omdat de huisarts de bevalling leidde en de vroedvrouwen handelden onder haar leiding en toezicht.⁶²⁶

De rechtbank van Leuven stelde een gynaecoloog en ziekenhuis aansprakelijk voor het veroorzaken van brandwonden aan een baby, veroorzaakt door een verwarmingslamp. Zowel de gynaecoloog, de vroedvrouw als de pediatrische verpleegkundige verliet de bevallingskamer om een bevalling van een prematuur te gaan begeleiden. De baby lag onbewaakt onder de lamp, die de gynaecoloog ook te dicht plaatste. Het ziekenhuis was aansprakelijk voor een gebrekkige zaak (te sterke lamp) en de gynaecoloog voor het gebrekkig toezicht houden op zijn aangestelden.⁶²⁷

Behoudens in pathologische situaties is de aansprakelijkheid van de arts voor de fouten van de vroedvrouw niet verdedigbaar. De vroedvrouw is immers een autonome zorgverlener

⁶²⁵ H. VANDENBERGHE, Aansprakelijkheid van de aansteller, 592-593.

⁶²⁶ Brussel 8 februari 1995, *T.Gez.* 1996-97, 264, noot R. HEYLEN.

⁶²⁷ Rb. Leuven 8 oktober 1980, rolnr. 15.125 en Rb. Leuven 8 mei 1987, *RGAR* 1988, nr. 11377 (uitspraak schadevergoeding).

binnen de normale verloskunde.⁶²⁸ Het doorslaggevend criterium moet de kwalificatie van de arbeid/bevalling zijn, normaal (geen risico) of niet normaal (wel een risico). Zolang er sprake is van een normaal verloop, zouden de medische handelingen enkel de vroedvrouw moeten toerekenbaar zijn. Eens er sprake is van een risico of een pathologische situatie dient de vroedvrouw de deskundigheid van de arts in te roepen en handelt de vroedvrouw verder onder de verantwoordelijkheid van de arts, hetgeen ook het geval was in de twee bovenvermelde zaken.

De wetswijziging van eind december 2006 heeft de appreciatiebevoegdheid van de rechter in de beoordeling van de aanwezigheid van feitelijk gezag van de gynaecoloog sterk gereduceerd. Het meewerken als vroedvrouw met de arts aan de opvang en de behandeling van vruchtbaarheidsproblemen, van zwangerschappen en bevallingen met verhoogd risico en van pasgeborenen die in levensbedreigende of bijzondere ziektecondities verkeren, alsook aan de zorg die in die gevallen moet worden verleend, valt volledig onder de verantwoordelijkheid van de arts.⁶²⁹ Bijgevolg zullen medische fouten begaan door de vroedvrouw in de assistentie bij risicosituaties of pathologische situaties vanaf 1 januari 2007 vermoedelijk de aanstellersaansprakelijkheid van de arts met zich meebrengen, als ook de voorwaarden inzake schade en causaliteit vervuld zijn. Anderzijds kan niet gesteld worden dat het handelen onder de ‘vleugels’ van de arts een vrijgeleide is tot het schaden van moeder en/of baby. De vroedvrouw dient te allen tijde het algemeen zorgvuldigheidsprincipe te respecteren.

331. Een tweede belangrijk element in de problematiek van de aansprakelijkheid voor andermans daden is de aansprakelijkheid voor fouten van hulppersonen. Het ziekenhuis kan immers voor de uitvoering van zijn overeenkomst met de patiënte een beroep doen op een arts. Naar analogie kan een arts, die een behandelingsovereenkomst afsluit met zijn/haar patiënte, een beroep doen op een vroedvrouw voor de uitvoering van deze overeenkomst. Bij contractuele vorderingen gaat de rechtbank de derde partij als een ‘uitvoeringsagent’ van de (behandelings)overeenkomst beschouwen, naar analogie van een aannemingsovereenkomst, conform artikel 1797 BW. In de ruime interpretatie van dit artikel kan worden aanvaard dat hulppersonen, werkzaam als bediende, en hulppersonen, werkzaam onder een zelfstandig statuut, onder deze noemer vallen. Een uitvoeringsagent of een hulppersoon is een persoon die door een ander wordt ingeschakeld om diens contractuele verbintenissen volledig of gedeeltelijk uit te voeren. Een fout begaan door een hulppersoon, wordt beschouwd als een fout begaan door de opdrachtgever (de hoofdschuldenaar) als twee cumulatieve voorwaarden zijn voldaan. Enerzijds moet de fout een schending van het contract uitmaken, maar ook een schending zijn van de algemene zorgvuldigheidsnorm of wet.

⁶²⁸ Art. 42 richtlijn Europees Parlement en Raad nr. 2005/36/EG, 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties, *Pb. L.* 30 september 2005, afl. 255, 45; Artikel 62, §1, 2° WUG *juncto* artikel 1 KB 1991.

⁶²⁹ Art. 62, §1, 2° WUG.

Anderzijds moet de fout ook andere schade hebben veroorzaakt dan deze die volgde uit de contractuele wanprestatie zelf.⁶³⁰

332. De volgende dossiers illustreren de quasi-immuniteit van de hulppersoon.

Het hof van beroep van Brussel vond twee gynaecologen en het ziekenhuis aansprakelijk voor het niet adequaat reageren op een placentaloslating. De gynaecoloog van wacht, gekwalificeerd als uitvoeringsagent, werd voor negentig procent gevrijwaard door het ziekenhuis en tien procent door de behandelende gynaecoloog.⁶³¹

De rechtbank van Gent achtte de gynaecoloog aansprakelijk voor het miskennen van foetale nood door de vroedvrouw. De interpretatie van het foetaal hartritme patroon, waarvoor de gynaecoloog op de vroedvrouw een beroep deed, was een medische handeling, die deel uitmaakte van de behandelingsovereenkomst.⁶³²

Een huisarts, geconfronteerd met een pathologische bevalling (hoofdje daalde niet in) bleef in gebreke de deskundigheid van de gynaecoloog in te roepen. Het feit dat ook de vroedvrouw laattijdig de huisarts verwittigde, rekende het hof van beroep te Antwerpen toe aan de huisarts, zij handelde immers als hulppersoon.⁶³³

333. Ten slotte is ook de centrale ziekenhuisaansprakelijkheid, ingevoerd met de wet op de patiëntenrechten, in deze problematiek van groot belang.⁶³⁴ Het is daarbij voldoende dat de schadelijgende partij (de patiënt of zijn erfgenamen) weet in welk ziekenhuis de fout zich heeft voorgedaan. De verkeerde zorgverlener (arts/vroedvrouw) dagvaarden behoort hiermee tot het verleden. Het ziekenhuis kan immers aansprakelijk gesteld worden voor de tekortkomingen begaan door de er werkzame beroepsbeoefenaars in verband met de eerbiediging van de rechten van de patiënt, bijvoorbeeld kwaliteitsvolle zorgverlening.⁶³⁵ Het is geen aansprakelijkheid voor eigen daden, wel een kwalitatieve aansprakelijkheid voor andermans daden.⁶³⁶ Het ziekenhuis kan zich

⁶³⁰ T. VANSWEEVELT, *De aansprakelijkheid van de arts en het ziekenhuis voor andermans daad*, 1446-1447; R. DALCQ en C. DALCQ, "Quelques réflexions sur l'immunité de l'agent d'exécution" in *Liber Amicorum Jean-Luc Fagnart*, Louvain-la-Neuve, Bruylant, 2008, 455-465; I. CLAEYS, "Samenhangende overeenkomsten en aansprakelijkheid naar Belgisch Recht" in J.M. SMITS en S. STIJNS (eds.) *Inhoud en werking van de overeenkomst naar Belgisch en Nederlands recht*, Antwerpen, Intersentia, 2005, 412; C. PAUWELS, "Contractuele aansprakelijkheid voor hulppersonen of uitvoeringsagenten", *Jura Falconis* 1995-96, 107-109.

⁶³¹ Brussel 23 november 2011, rolnr. 2007/AR/388, *RGAR* 2011, nr. 14716.

⁶³² Rb. Gent 14 april 2006, *T. Gez.* 2009-10, 141-151, noot T. VANSWEEVELT.

⁶³³ Antwerpen 21 oktober 2002, *T. Gez.* 2007-08, 390, bevestiging van Rb. Antwerpen 8 oktober 1999, *T. Gez.* 2001-02, 256.

⁶³⁴ Oud art. 17 novies gecoördineerde wet 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen, ingevoegd door Art. 17 Wet 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *BS* 26 september 2002, nu art. 30 gecoördineerde wet 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, *BS* 7 november 2008.

⁶³⁵ Art. 5 Wet 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

⁶³⁶ T. VANSWEEVELT, *De aansprakelijkheid van de arts en het ziekenhuis voor andermans daad*, 1458-1460.

van deze vorm van aansprakelijkheid exonereren. Voorafgaandelijk aan de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar dient het ziekenhuis aan de patiënt te melden niet aansprakelijk te zijn voor de daden van bepaalde beroepsbeoefenaars, gelet op hun rechtsverhouding met het ziekenhuis, bijvoorbeeld een samenwerkingsovereenkomst met zelfstandige artsen/vroedvrouwen.⁶³⁷ Er is dus sprake van een weerlegbaar vermoeden in hoofde van het ziekenhuis ten opzichte van de patiënt. Een dergelijke mededeling doet echter geen afbreuk aan de wettelijke bepalingen inzake de aansprakelijkheid voor andermans daden (zie *supra*).⁶³⁸

B.1.3. De schade

334. Een noodzakelijke voorwaarde voor aansprakelijkheid is de aanwezigheid van schade. Dit is eigenlijk de resultante van de vergelijking tussen de huidige toestand en de hypothetische toestand die er zou geweest zijn zonder de foutieve gedraging. De schade moet persoonlijk zijn, voldoende zeker en voortvloeien uit de krenking van een rechtmatig belang. In België geldt het principe van de integrale schadevergoeding.⁶³⁹ Bij contractuele aansprakelijkheid is de aansprakelijke persoon slechts gehouden tot de op het moment van het afsluiten van de overeenkomst voorzienbare schade, wanneer het niet uitvoeren van de verbintenis niet door zijn/haar opzet is veroorzaakt.⁶⁴⁰ In de verloskundige dossiers wordt met dit onderscheid geen rekening gehouden. Zowel de materiële (fysieke schade van de baby of moeder) als de morele schade (van de ouders) komen voor vergoeding in aanmerking.

335. Met het cassatiearrest van 19 januari 1984 deed de leer van een verlies van een kans van genezings- en overlevingskansen zijn intrede in de medische aansprakelijkheid.⁶⁴¹ Als door een foutieve gedraging de kans op het verwerven van een bepaald voordeel of het vermijden van een bepaald nadeel teloor gaat, kan er sprake zijn van schadeloosstelling. Een vergoeding van de schade kan enkel bij een definitief verlies van een kans op een betere uitkomst.⁶⁴² Omdat het verlies van een kans economisch waardeerbaar kan zijn, kan dit aanleiding geven tot schadevergoeding, als ook de andere aansprakelijkheidsvoorwaarden zijn voldaan.⁶⁴³ De waardebepaling van de verloren kans is geen evidentie. De rechter moet opnieuw een afweging maken tussen de *absolute* schade, veroorzaakt door het verlies van het verwachte voordeel (bijvoorbeeld de overleving van een baby) en de *relatieve* schade, bestaande uit het verlies van dat voordeel (bijvoorbeeld het overlijden van een baby). Bijgevolg kent de rechter slechts een percentage toe van de integrale schadevordering.

⁶³⁷ KB 21 april 2007 tot vaststelling van de inhoud en de wijze van verstrekking van de informatie bedoeld in artikel 17novies van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, *BS* 20 juni 2007.

⁶³⁸ T. VANSWEEVELT, *De aansprakelijkheid van de arts en het ziekenhuis voor andermans daad*, 1458-1461; S. CALLENS, "Aansprakelijkheid van het ziekenhuis en de naleving van de Patiëntenrechtenwet", *T.Gez.* 2003-04, 125-130.

⁶³⁹ T. VANSWEEVELT, *De aansprakelijkheid van de arts en het ziekenhuis voor eigen gedrag*, 1384-1385.

⁶⁴⁰ Art.1150 BW.

⁶⁴¹ Cass. 19 januari 1984, *Arr. Cass.* 1986-87, 1454.

⁶⁴² H. VANDENBERGHE, *Medische aansprakelijkheid*, 94-96.

⁶⁴³ H. VANDENBERGHE, *Recente ontwikkelingen bij de foutaansprakelijkheid*, 65 en 69.

Voor de bepaling van dit percentage is vooral het advies van de gerechtsdeskundigen determinerend.⁶⁴⁴

336. In de geneeskunde is een resultaat maar zelden zeker en in de verloskunde is dit evenmin het geval. Het is immers meestal moeilijk te bepalen of een baby een betere uitkomst zou gehad hebben, mocht een zorgverlener vroeger tot een interventie zijn overgegaan. Het is aannemelijk dat het aantonen van een causaal verband tussen de medische fout (bijvoorbeeld laattijdig tot een sectio zijn overgegaan) en de schade (bijvoorbeeld het overlijden van de baby ten gevolge van zuurstoftekort) vaak moeilijk is, gelet op het feit dat de verloskunde ook geen exacte wetenschap is.

337. Ondanks de wetenschappelijke onzekerheid in het bepalen van een (hypothetische) uitkomst blijkt uit de rechtspraakanalyse van de Belgische verloskundige dossiers dat de toepassing van de verlies-van-een-kans-leer nog in zijn kinderschoenen staat. Van de 53 gerechtelijke dossiers met een definitief oordeel, besloot de rechter dat in 35 dossiers de aansprakelijkheid van de zorgverlener betrokken was. In slechts twee dossiers vond de leer van een verlies van een kans toepassing. Meestal oordeelde de rechter dat de schade voldoende zeker was en kende hij de integrale schadevergoeding toe. De rechter nam aldus genoegen met een hoge graad van waarschijnlijkheid. De toekenning van een schadevergoeding wegens het verlies van een kans op een minder zwaar/geen letsel of op overleving van een baby was eerder uitzonderlijk.

In navolging van het advies van de gerechtsdeskundigen oordeelde het hof van beroep van Brussel in een zeer recent arrest dat er tachtig procent kans was dat een baby geen hersenletsel zou hebben gehad, indien de gynaecoloog eerder tot een sectio was overgegaan.⁶⁴⁵

Het hof van beroep van Brussel besloot tot een verlies van een kans van vijftig procent, omdat een gynaecoloog geen bloedafname deed bij een obese patiënte met een grote gewichtstoename. De bloedafname had op gestationele diabetes gewezen, hetgeen de keuze van een vaginale bevalling op de helling had gezet, gezien het risico op schouderdystocie. De ouders hadden de keuze moeten hebben tussen een sectio en een vaginale bevalling.⁶⁴⁶

Het hof van beroep te Luik stelde de gynaecoloog aansprakelijk wegens het verlies van een kans. Had de gynaecoloog continue monitoring ingesteld, dan was een atypische (zonder duidelijke symptomen) placentaloslatting, mogelijks vlugger gediagnosticeerd, zonder fatale afloop voor de baby.⁶⁴⁷

⁶⁴⁴ T. VANSWEEVELT, *De aansprakelijkheid van de arts en het ziekenhuis voor eigen gedrag*, 1386-1390.

⁶⁴⁵ Brussel 31 januari 2017, rol.nr. 2006/AR/657, onuitg.; deze zaak is niet opgenomen in het statistische luik van de rechtspraakanalyse wegens te recent.

⁶⁴⁶ Brussel 4 februari 2014, rol.nr. 2011/2288, onuitg, hervorming van Rb. Brussel 3 juni 2011, (het patiëntendossier was ook afwezig, hetgeen als negatief werd beoordeeld door het hof inzake het meewerken aan de bewijsvoering).

⁶⁴⁷ Luik 26 maart 1991, *Pas.* 1991, II, 132, *RGAR* 1994, nr. 12327.

B.1.4. Het causaal verband

338. Enkel het begaan van een fout, in oorzakelijk verband met de schade *in concreto*, kan leiden tot aansprakelijkheid. Het vaststellen van de feiten waaruit het bestaan of het niet bestaan van het causaal verband kan worden afgeleid, behoort tot de appreciatie van de rechter. Deze laatste maakt de hypothese met een rechtmatige gedraging in de plaats van de foutieve handeling. Zou de schade zich ook hebben voorgedaan in die hypothese, dan is er geen causaal verband. Bij het maken van deze hypothese moeten identieke omstandigheden in rekening worden gebracht. Juridische en wetenschappelijke causaliteit vallen niet samen, maar voor de bepaling van de juridische zekerheid over het causaal verband, is het advies van de gerechtsdeskundige toch een belangrijke factor.⁶⁴⁸

339. Elke fout zonder dewelke de schade zich niet zou hebben voorgedaan, zoals ze zich *in concreto* voordeed, is een oorzaak van de schade. Dit is de toepassing van de equivalentietheorie. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen de fouten die een *conditio sine qua non*-verband (noodzakelijke voorwaarde) vertonen met de schade, ze zijn met andere woorden gelijkwaardig of equivalent.⁶⁴⁹

Het hof van beroep van Antwerpen stelde de begeleidende zorgverleners van een thuisbevalling niet aansprakelijk, wegens het onzeker causaal verband tussen de onzorgvuldigheden en de hersenschade van de baby. De zelfstandige vroedvrouw hield een onvoldoende registratie bij van de foetale harttonen, met als gevolg geen significant beeld van de foetale conditie. De gerechtsdeskundigen konden het tijdstip van de oorzaak van de schade (tijdens de arbeid, na de bevalling) niet vastpinnen.⁶⁵⁰

Het hof van beroep van Gent stelde een foutief handelen van een vroedvrouw vast in de begeleiding van de arbeid van een patiënte, maar twijfelde over het causaal verband. De baby had ook congenitale afwijkingen, waardoor de schade veroorzaakt door het zuurstoftekort moeilijk af te lijnen was. De gynaecoloog liep finaal geen aanstellersaansprakelijkheid op.⁶⁵¹

340. Begaan er verschillende zorgverleners een fout (samenlopend of opeenvolgend), dan kan dit leiden tot een *in solidum* aansprakelijkheid. De foute interpretatie van foetale monitoring is hier een treffende illustratie van. In verschillende dossiers merkten zowel de vroedvrouw als de arts de

⁶⁴⁸ H. VANDENBERGHE, *Recente ontwikkelingen bij de foutaansprakelijkheid*, 66-68.

⁶⁴⁹ T. VANSWEEVELT, *De aansprakelijkheid van de arts en het ziekenhuis voor eigen gedrag*, 1405-1407; M. KRUIHOF, "Oorzaak of aanleiding? Geen causaal verband zonder causale bijdrage" in T. VANSWEEVELT en B. WEYTS (eds.) *Actuele ontwikkelingen in het aansprakelijkheidsrecht en verzekeringsrecht*, Antwerpen, Intersentia, 2015, 142-150.

⁶⁵⁰ Rb. Antwerpen 10 oktober 2007, rolnr. 95/6997/A, bevestigd door Antwerpen 30 juni 2009, *T.Gez.* 2010-11, 140, noot VAN GELDER (burgerlijke procedure na buitenvervolginstelling door Rk. Antwerpen 19 september 1994); J.L. FAGNART, *La sage-femme face à ses responsabilités*, 124.

⁶⁵¹ Gent 7 december 2006, hervorming van Rb. Gent 13 december 2000, *Intercontact* 2007, 10.

foetale stress niet of laattijdig op, met hersenschade of overlijden van de baby tot gevolg. Dit leidde dan vaak tot de *in solidum* aansprakelijkheid van de arts en het ziekenhuis.

B.2. Voorwaarden voor burgerlijke aansprakelijkheid in Nederland

B.2.1. Algemeen

341. Op zich moeten de voorwaarden fout, schade, causaal verband ook in Nederland voldaan zijn voor aansprakelijkheid.⁶⁵² Zowel op grond van een onrechtmatige daad als op grond van een schending van de behandelingsovereenkomst kan een slachtoffer schadevergoeding bekomen.

Overeenkomstig artikel 6:162 BW is “hij die jegens een ander een onrechtmatige daad pleegt, welke hem kan worden toegerekend, verplicht de schade die de ander dientengevolge lijdt, te vergoeden”. Als onrechtmatige daad worden aangemerkt een inbreuk op een recht en een doen of nalaten in strijd met een wettelijke plicht of met hetgeen volgens ongeschreven recht in het maatschappelijk verkeer betaamt. Het moet gaan om een toerekenbare tekortkoming.⁶⁵³

In het algemeen verplicht iedere tekortkoming in de nakoming van een verbintenis, de schuldenaar de schade die de schuldeiser daardoor lijdt te vergoeden, tenzij de tekortkoming de schuldenaar niet kan worden toegerekend.⁶⁵⁴ Begin 1995 wijzigde het Nederlands Burgerlijk Wetboek ingrijpend wat betreft het foutbegrip binnen de medische aansprakelijkheid. Indien een patiënt een zorgverlener consulteert, ontstaat automatisch een behandelingsovereenkomst, hetgeen het respect van verschillende rechten van de patiënt door de zorgverlener impliceert. De geneeskundige behandelingsovereenkomst is de overeenkomst waarbij een natuurlijke persoon of een rechtspersoon, de hulpverlener, zich in de uitoefening van een geneeskundig beroep of bedrijf tegenover een ander, de opdrachtgever (lees patiënt), verbindt tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst, rechtstreeks betrekking hebbende op de persoon van de opdrachtgever of van een bepaalde derde.⁶⁵⁵ De garantie van standaard zorg staat voorop. De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.⁶⁵⁶

⁶⁵² Zie voor wat medische aansprakelijkheid betreft: I. GIESEN en E. ENGELHARD, “Medical liability in the Netherlands”, in A.B. KOCH (ed.), *Medical Liability in Europe: A Comparison of Selected Jurisdictions*, Berlijn, de Gruyter, 2011, 361-409.

⁶⁵³ J.K.M. GEVERS, H.J.J. LEENEN, J.C.J. DUTE en W.R. KASTELEIN, *Handboek Gezondheidsrecht Deel II: Gezondheidszorg en Recht*, Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2008, 405. (hierna J.K.M. GEVERS *et al.*, *Handboek Gezondheidsrecht Deel II: Gezondheidszorg en Recht*).

⁶⁵⁴ Art. 6:74 BW.

⁶⁵⁵ Art. 7:446 BW, ingevoerd door Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek 1 april 1995, *Stb* 1995 no. 837.

⁶⁵⁶ Art. 7:453 BW.

342. De complexe regeling van de bewijslastverdeling (zie §1) en de verjaringsproblematiek (zie §2) verdienen een nadere toelichting.

§1. Verdeling van de bewijslast

343. Uitgangspunt is, zoals in België, dat de patiënt de bewijslast draagt.⁶⁵⁷ De term ‘bewijslast’ in artikel 150 Rv. omvat enerzijds de bewijsleveringslast en anderzijds het bewijsrisico van het niet intreden van het ingeroepen rechtsgevolg. Beide lasten rusten in beginsel op het slachtoffer. De wetgevende bepaling voorziet echter ook de mogelijkheid om afwijkingen toe te staan op basis van “enige bijzondere regel” of uit “de eisen van redelijkheid en billijkheid”.⁶⁵⁸

344. Een eerste belangrijke uitzondering op de algemene bewijslastregel is de ‘omkeringsregel’, een bijzondere regeling voor de verdeling van de bewijslast.

345. Sinds het arrest van de Hoge Raad in de zaak De Heel/Korver geldt deze regel ook in medische aansprakelijkheid.⁶⁵⁹ Indien een foutieve gedraging (onrechtmatige daad of wanprestatie) een risico doet ontstaan op schade en dat risico verwezenlijkt zich, dan is het causaal verband tussen die gedraging en de schade in beginsel bewezen. Het is dan aan de potentieel aansprakelijke persoon om te bewijzen dat de schade zich ook zou hebben voorgedaan zonder deze gedraging.⁶⁶⁰ De toepassing van de omkeringsregel bracht vooral rechtsonzekerheid met zich mee.⁶⁶¹ Om die reden vond de omkeringsregel op zich weinig weerklink in de medische dossiers.⁶⁶²

346. De Hoge Raad bracht in 2002 wel enige verduidelijking inzake de praktische toepassing van de omkeringsregel.⁶⁶³ Als er sprake is van een schending van een norm gericht op het voorkomen van een specifiek gevaar op schade, kan diegene die aangesproken wordt het tegenbewijs leveren. Hij/zij moet aannemelijk maken dat de schade zich ook zou hebben voorgedaan zonder de foutieve gedraging. De omkeringsregel slaat dus meer op het causaal verband dan op de fout.

⁶⁵⁷ Art. 150 Rv. (Wetboek van burgerlijke rechtsvordering): *De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.*

⁶⁵⁸ R. VAN DER POEL en D. SCHEENJES, *Causaliteit: top-down en bottom-up in Nederlands en transnationaal perspectief*, Apeldoorn, Maklu, 2010, 15-19.

⁶⁵⁹ HR 13 januari 1995, NJ 1997, 175; J.K.M GEVERS *et al.*, *Handboek Gezondheidsrecht Deel II: Gezondheidszorg en Recht*, 412.

⁶⁶⁰ Dit is de omschrijving van de omkeringsregel sinds HR 26 januari 1996 (Dicky Trading II/Kleijn), NJ 1996, 607.

⁶⁶¹ W.D.H. ASSER, *Bewijslastverdeling*, Deventer, Kluwer, 2004, 102.

⁶⁶² HR 2 maart 2001, NJ 2001, 649 (omkeringsregel wel van toepassing in trombosearrest); HR 19 maart 2004, NJ 2004, 307 (omkeringsregel niet van toepassing in obductiearrest); J. MEYST-MICHELS, “Kroniek medische aansprakelijkheid”, AV&S 2011, 29.

⁶⁶³ HR 29 november 2002, NJ 2004, 304-305.

347. In verschillende rechtszaken vond de omkeringsregel vervolgens toepassing en was er sprake van een geschonden norm strekkend tot het beschermen tegen een specifiek gevaar (zoals hersenschade door zuurstoftekort).⁶⁶⁴

De laattijdige uitvoering van een sectio door een gynaecoloog, gaf aanleiding tot dekking door de verzekering van het ziekenhuis. De omvang van de schadevergoeding was het discussiepunt (vijftig procent verlies van een kans of meer). In eerste aanleg en in hoger beroep vond de omkeringsregel geen toepassing, omdat het niet tijdig uitvoeren van een sectio een schending was van een algemene zorgvuldigheidsnorm van de gynaecoloog.⁶⁶⁵ De Hoge Raad casseerde, de omkeringsregel was wel toepasselijk.⁶⁶⁶ De norm strekte er wel degelijk toe het specifiek gevaar op hersenschade door zuurstoftekort te voorkomen en dit specifieke gevaar manifesteerde zich. Het hof van beroep van Arnhem besloot de zaak met een verlies van een kans van zestig procent.⁶⁶⁷

Het hof van beroep van 's-Gravenhage ging niet in op het verzoek van een eisende partij om de omkeringsregel toe te passen, daar het van mening was dat het ziekenhuis en de arts zeker het tegenbewijs zouden leveren en de aanwezigheid van het causaal verband zouden ontzenuwen. De discussie betrof het al dan niet toedienen van anti-hypertensiva bij een patiënte met een HELLP-syndroom.⁶⁶⁸ De kans was uiterst klein dat zonder de tekortkoming van de gynaecoloog de patiënte niet zou getroffen zijn door een hersenbloeding.⁶⁶⁹

De Hoge Raad casseerde een arrest omwille van het niet toepassen van de omkeringsregel.⁶⁷⁰ Het hof van beroep van Leeuwarden moest het ziekenhuis toegelaten hebben om het bewijs te leveren dat de omvang van de schade dezelfde zou geweest zijn, indien de gynaecoloog vroeger een sectio had uitgevoerd wegens foetale nood.⁶⁷¹

⁶⁶⁴ Amsterdam 3 augustus 2010, rolnr. 106.003.178, voorziening afgewezen door HR 23 november 2012, N° 10/05350, LJN BX7264 en M.J.J. DE RIDDER, "Kroniek rechtspraak civil recht", *Ned.T.Gez.* 2013, 553-554; Amsterdam 2 maart 2006, rolnr. 114/99, LJN AX3550; Rb. Arnhem 20 oktober 2011, rolnr. 218353, LJN BU4405.

⁶⁶⁵ Leeuwarden 22 februari 2006, rolnr. 0400124, LJN AV2474, bevestiging van Rb. Leeuwarden 26 november 2003, rolnr. 50341 HA ZA 01-011.

⁶⁶⁶ HR 7 december 2007, N° C06/253, LJN BB3670, *NJ* 2007, 644 en *NJ* 2007, 644; M.J.J. DE RIDDER, "Kroniek rechtspraak civil recht", *Ned. T. Gez.* 2008, 115.

⁶⁶⁷ Arnhem 18 september 2012, rolnr. 200.035.797, LJN BX8853.

⁶⁶⁸ HELLP staat voor Hemolysis Elevated Liver enzymes and Low Platelets: ernstige zwangerschapscomplicatie gekenmerkt door afbraak van rode bloedcellen, een gestoorde leverfunctie en een tekort aan bloedplaatjes.

⁶⁶⁹ 's-Gravenhage 28 april 2009, rolnr. 105.001.264, LJN BI4768, bevestiging van Rb. 's-Gravenhage 15 maart 2004, rolnr. 29257/HA ZA 01-161; B.C.J. VAN VELTHOVEN, "Schadekansen bij medische fouten", *Ned.T.Gez.* 2011, 18.

⁶⁷⁰ HR 9 juli 2004, N° C03/081, LJN AO7190. Na contactname met de griffie bleek dat de eisende partijen de procedure voor het hof van beroep van Arnhem niet zijn opgestart.

⁶⁷¹ Leeuwarden 20 november 2002, rolnr. 9900134, LJN AF0928, bevestiging van Rb. Groningen 20 november 1998, rolnr. 29091/HA ZA 97-863.

348. Indien de rechter van oordeel is dat de aanwezigheid van bijzondere omstandigheden een andere bewijslastverdeling noodzaakt, kan hij bij afwezigheid van een bijzondere regel, een beroep doen op de ‘redelijkheid en de billijkheid’. Ingevolge een arrest van de Hoge Raad van 1987 moet de patiënt bij ‘gemotiveerde betwisting door de zorgverlener’ bewijzen dat er onzorgvuldig is gehandeld. Hieruit volgt de verzwaarde stel -of motiveringsplicht van de zorgverlener. Deze plicht bestaat uit het ter beschikking stellen van voldoende feitelijke gegevens waaruit de patiënt aanknopingspunten kan halen voor de bewijslevering.⁶⁷² Het meest voor de hand liggend is het afleveren van een volledig patiëntendossier, om aan de verzwaarde stelplicht te voldoen.

Een ziekenhuis dat zowel het medisch dossier, een verklaring van de arts als de technische specificaties van een verlosbed aan een patiënte ter beschikking stelde, voldeed wel aan zijn verzwaarde stelplicht. De opgelopen stuitbreuk was niet het gevolg van het even naar beneden glijden van de patiënte, door het verkeerdelijk trekken aan de hendel van het verlosbed.⁶⁷³

Een ziekenhuis dat niet de CT-scan en een bewijs van de diepte van een nasofaryngeale tube kon voorleggen, voldeed niet aan zijn verzwaarde stelplicht. De aansprakelijkheid lag in het gebrekkig inbrengen van een deze tube bij een baby, met hersenschade tot gevolg.⁶⁷⁴

De rechtbank van eerste aanleg te Groningen stelde een ziekenhuis en een assistent-gynaecoloog aansprakelijk voor een niet adequate aanpak van een schouderdystocie. Ze voldeden niet aan hun verzwaarde stelplicht, omdat de medische verslaggeving zeer summier was en achteraf wijzigingen werden aangebracht in het dossier.⁶⁷⁵

349. De appreciatiebevoegdheid van de Nederlandse rechter bij het beoordelen van de bewijslastverdeling roept in ieder geval een passieve proceshouding van een zorgverlener een halt toe. De zorgverlener wordt verplicht om zijn ‘gelijk’ te gaan bewijzen.

⁶⁷² HR 20 november 1987 (Timmer/Deutman), *NJ* 1988, 500; E. HONDIUS, “The development of medical liability in the Netherlands”, in E. HONDIUS (ed.) *The development of medical liability*, Cambridge, Cambridge University Press, 2010, 145.

⁶⁷³ Rb. Rotterdam 2 maart 2011, rolnr. 361210/HA ZA 10-25372.

⁶⁷⁴ Rb. Rotterdam 28 november 2007, LJN BD7445.

⁶⁷⁵ Rb. Groningen 14 februari 2007, rolnr. 63725/HA ZA 03-177, LJN BA 7177.

§2. Verjaring van de burgerlijke vordering

350. Met ingang van 1 januari 1992 wijzigde het Nederlandse verjaringsrecht ingrijpend. Voorheen waren alle vorderingen na dertig jaar vanaf de opeisbaarheid verjaard, overeenkomstig de artikelen 2004 en 2007 (oud)BW. Het nieuw artikel 3:306 BW voorziet een verjaring van twintig jaar, indien de wet niets anders bepaalt.⁶⁷⁶ Artikel 3:310 BW bepaalt de verjaringsregeling voor rechtsvorderingen tot schadevergoeding, zoals bij medische aansprakelijkheid. Burgerlijke vorderingen verjaren door verloop van vijf jaar na de aanvang van de dag die volgt op de dag waarop de schadelijder zowel met de schade als met de daarvoor aansprakelijke persoon bekend is geworden, en in elk geval twintig jaar na de feiten.

351. Aan de lange termijn van twintig jaar ligt blijkens de wetsgeschiedenis en de daarmee strokende vaste rechtspraak, de rechtszekerheid ten grondslag. Deze termijn begint te lopen door het intreden van de schadeverwekkende gebeurtenis, zelfs als de benadeelde van het bestaan van zijn vordering niet op de hoogte is.⁶⁷⁷

352. De korte verjaringstermijn staat zowel in het teken van de rechtszekerheid als van de billijkheid. De eis dat de benadeelde bekend is geworden met zowel de schade als de daarvoor aansprakelijke persoon, moet naar vaste rechtspraak van de Hoge Raad worden opgevat als een ‘daadwerkelijke bekendheid’.⁶⁷⁸ Het enkele vermoeden van het bestaan van de schade volstaat niet.⁶⁷⁹ Naar analogie van de Belgische regelgeving, vangt de termijn van vijf jaar aan van zodra de eisende partij voldoende zekerheid heeft (absolute zekerheid hoeft niet) dat het letsel (mede) is veroorzaakt door de foutieve gedraging.⁶⁸⁰ Eén rechtszaak is vermeldenswaardig in deze problematiek.

De Hoge Raad verbrak een arrest van het hof van beroep van Amsterdam dat een vordering van ouders tegen een gynaecoloog en een ziekenhuis (voor het handelen van de verloskundige), verjaard verklaarde. De ouders wisten meteen na de geboorte in 1987 dat hun baby zuurstofnood had gekend, maar pas in 1994 hadden ze zekerheid over de schade, vermits de ontwikkelingsstoornis zich toen pas manifesteerde. De dagvaarding gebeurde in 1996, aldus binnen de vijfjarige termijn.⁶⁸¹

⁶⁷⁶ M.W.E. KOOPMAN, *Bevrijdende verjaring*, Deventer, Kluwer, 2010, 4.

⁶⁷⁷ HR 3 november 1995, N° 15.801, *NJ* 1998, 380.

⁶⁷⁸ HR 6 april 2001, N° C99/158, *NJ* 2002, 383; HR 20 april 2001, N° C99/293, *NJ* 2002, 384.

⁶⁷⁹ HR 24 januari 2003, N° CO2/011, *NJ* 2003, 300.

⁶⁸⁰ HR 31 oktober 2003, N° CO2/234, *LJN* AL8168, *NJ* 2006/112.

⁶⁸¹ Rb. Amsterdam 11 april 2001, bevestigd door Amsterdam 16 mei 2002, verbroken door Hoge Raad 31 oktober 2003, N° CO2/234, *LJN* AL8168; Het arrest van het hof van beroep van Den Haag is niet gepubliceerd en kon niet via de griffie worden bekomen.

B.2.2. De fout

353. Net zoals in België is het objectief criterium doorslaggevend bij de foutbeoordeling, gegrondvest op objectieve factoren.⁶⁸² De norm is die van een redelijk handelend en bekwaam vakgenoot onder vergelijkbare omstandigheden,⁶⁸³ maar de norm is niet zo streng dat alleen het optimaal handelen voldoende is.⁶⁸⁴

§1. Eigen fout

354. Enkel zelfstandige artsen en verloskundigen worden aansprakelijk gesteld voor hun eigen daden. De fout van een zorgverlener, werkzaam in dienstverband in een ziekenhuis, is toerekenbaar aan de aansteller van die zorgverlener.

§2. Andermans fout

355. Bij de Nederlandse dossiers treffen we geen aanstellersaansprakelijkheid van de arts ten aanzien van de verloskundige aan, alleen ten aanzien van het ziekenhuis, overeenkomstig artikel 6:170 BW.⁶⁸⁵

356. Maakt de schuldenaar bij de uitvoering van een verbintenis gebruik van de hulp van andere personen, dan is hij voor hun gedragingen op gelijke wijze als voor eigen gedragingen aansprakelijk, vergelijkbaar met de Belgische regeling van de immuniteit van de uitvoeringsagent.⁶⁸⁶

357. Naast de garantie van standaard zorg, voerde de Nederlandse overheid ook de centrale ziekenhuisaansprakelijkheid in: “Indien ter uitvoering van een behandelingsovereenkomst verrichtingen plaatsvinden in een ziekenhuis dat bij die overeenkomst geen partij is, is het ziekenhuis voor een tekortkoming daarbij mede aansprakelijk, als ware het zelf bij de overeenkomst partij”.⁶⁸⁷ Exoneraties zoals in België zijn verboden.⁶⁸⁸ Achterliggende gedachte daarbij is dat het voor een patiënt vaak moeilijk is om te achterhalen welke persoon binnen het ziekenhuis precies een fout heeft gemaakt en tot wie hij zich zou moeten richten met zijn/haar claim.⁶⁸⁹ In verschillende

⁶⁸² J. TER HEERDT, *Het experiment beproefd: een juridische analyse van medische experimenten met mensen*, Antwerpen, Maklu, 2000, 360.

⁶⁸³ HR 9 november 1990, *NJ* 1991, 26.

⁶⁸⁴ HR 12 juli 2002, *NJ* 2003, 151.

⁶⁸⁵ Art. 6:170 BW: Voor schade, aan een derde toegebracht door een fout van een ondergeschikte, is degene in wiens dienst de ondergeschikte zijn taak vervult aansprakelijk, indien de kans op de fout door de opdracht tot het verrichten van deze taak is vergroot en degene in wiens dienst hij stond, uit hoofde van hun desbetreffende rechtsbetrekking zeggenschap had over de gedragingen waarin de fout was gelegen.

⁶⁸⁶ Art. 6:76 BW.

⁶⁸⁷ Art. 7:462 BW.

⁶⁸⁸ Art. 7:463 BW.

⁶⁸⁹ H.J.J. LEENEN, *Handboek gezondheidsrecht deel I*, Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2007, 189.

dossiers gaven de onzorgvuldigheden van de zorgverlener aanleiding tot de centrale ziekenhuisaansprakelijkheid.

Het hof van beroep van Arnhem-Leeuwarden achtte een ziekenhuis aansprakelijk voor de medische fout van een assistent-gynaecoloog, met name het veroorzaken van een totaalruptuur van de anale sfincter bij een baby tijdens de uitvoering van een sectio.⁶⁹⁰

Het negeren door de verloskundige van pijnklachten na de plaatsing van een infuus met Syntocinon® en miskennen van foetale nood door een assistent-gynaecoloog, impliceerde de aansprakelijkheid van het ziekenhuis.⁶⁹¹

B.2.3. De schade

358. In principe komt enkel de schade die zeker is voor vergoeding in aanmerking, maar eind de 20ste eeuw brak ook in Nederland de verlies-van-een-kans-regel door binnen de medische aansprakelijkheid.⁶⁹² De aansprakelijke partij staat in voor vergoeding van de schade, naar *rato* van diens bijdrage aan de kans op het ontstaan van de schade.⁶⁹³ De zaak Wever/De Kraker was de eerste aansprakelijkheidszaak waarbij het verlies van een kans werd toegepast. De rechtbank van Amsterdam stelde op 15 december 1993 een pediater aansprakelijk voor 25% van de geleden schade, wegens het niet tijdig diagnosticeren van een hersenbloeding bij een baby door vitamine K-deficiëntie. De deskundigen konden niet aangeven of er bij de baby een significante vermindering van de restverschijnselen zou geweest zijn bij een vluggere behandeling. Die kans leek hen echter ‘niet groot’.⁶⁹⁴

359. In de rechtspraakanalyse was er slechts één dossier waarbij de rechter aansprakelijkheid vaststelde op grond van het verlies van een kans. Het hof van beroep van Arnhem kende de ouders van een baby met hersenschade een schadevergoeding toe omwille van de laattijdige uitvoering van een sectio door een gynaecoloog. Was de sectio vroeger uitgevoerd, dan was er zestig procent kans op een baby zonder hersenschade.⁶⁹⁵

⁶⁹⁰ Arnhem-Leeuwarden 25 juni 2013, rolnr. 200.082.937, ECLI:NL:GHARL:2013:4401.

⁶⁹¹ Rb. Zutphen 22 juni 2011, rolnr. 113450/HA ZA 10-1338; Rb. Maastricht 22 maart 2006 en 18 oktober 2006, rolnr. LJN AV723 en *GJ* 2007, 9; Betreffende de afhandeling van de schadevergoeding: 's-Hertogenbosch 26 augustus 2014, rolnr. HD 200.073.005, ECLI:NL:GHSHE:2014:2964.

⁶⁹² A.J. VAN en R.P. WIJNE, “Lies, damned lies, and statistics. De berekening van het verlies van een kans bij medische aansprakelijkheid”, *TVP* 2012, 16-24.

⁶⁹³ J. VAN VELTHOVEN, “Schadekansen bij medische fouten”, 19-20; J. MEYST-MICHIELS, “Kroniek medische aansprakelijkheid”, 30.

⁶⁹⁴ Rb. Amsterdam 15 december 1993 (Wever/De Kraker, ook wel zaak baby Ruth genoemd), bevestigd door Amsterdam 4 januari 1996, *NJ* 1997, 213.

⁶⁹⁵ Arnhem 2 september 2012, rolnr. 200.035.797, LJN BX8853.

B.2.4. Het causaal verband

360. Zoals *supra* aangegeven heeft vooral de toepassing van de omkeringsregel een belangrijke impact op het bewijs van het causaal verband.⁶⁹⁶

361. Nederland hanteert ook de *conditio sine qua non*-leer voor de evaluatie van het causaal verband. Dus slechts als de fout de noodzakelijke voorwaarde was voor het optreden van de schade is er sprake van een vaststaand causaal verband. De rechter gaat de vergelijking maken tussen de huidige toestand en de hypothetische toestand, dus de situatie zoals die zich zou ontwikkeld hebben zonder de foutieve gedraging. Na de (eerste) causaliteitstoetsing volgt een eventuele correctie met de leer van de ‘redelijke toerekening’, overeenkomstig artikel 6:98 BW. Het slachtoffer moet slechts instaan voor het bewijs van het *conditio sine qua non*-verband. Bij de tweede causaliteitstoetsing beantwoordt de rechter de rechtsvraag, in hoeverre de gevorderde schadevergoeding in redelijkheid aan de aansprakelijke kan worden toegerekend.⁶⁹⁷

Hoewel het hof van beroep van Den Haag van oordeel was dat een vroeger oogconsult bij een premature baby wenselijk was geweest, waren de zorgverleners niet aansprakelijk voor de opgetreden blindheid. Deze was immers het gevolg van een netvliesloslating. Er was met andere woorden geen causaal verband tussen de laattijdige oogconsultatie en de blindheid.⁶⁹⁸

362. In 2006 heeft de Hoge Raad het leerstuk van proportionele aansprakelijkheid erkend in de zaak Nefalit/Karamus.⁶⁹⁹ Een terughoudende benadering dringt zich wel op, gezien de proportionele aansprakelijkheid een uitzondering vormt op de regel dat aansprakelijkheid slechts wordt aangenomen indien aan alle criteria voor aansprakelijkheid is voldaan.⁷⁰⁰ Er zijn drie belangrijke voorwaarden:

- 1) er is onzekerheid over het causaal verband en onzekerheid over de oorzaak van de schade: veroorzaakt door een feit voor rekening van de gedaagde, veroorzaakt door een feit voor rekening van het slachtoffer of een combinatie van factoren;
- 2) er moet sprake zijn van een substantiële causaliteitsonzekerheid: de kans dat de schade is veroorzaakt door een feit die voor rekening komt van de aangeklaagde mag niet te groot en niet te klein zijn;

⁶⁹⁶ Zie randnr. 344-347.

⁶⁹⁷ R. VAN DER POEL en D. SCHEENJES, *Causaliteit: top-down en bottom-up in Nederlands en transnationaal perspectief*, Apeldoorn, Maklu, 2010, 16-17.

⁶⁹⁸ Den Haag 21 april 2015, ECLI:NL:GHDHA:2015:876200.134.948, bevestiging van Rb. Rotterdam van 11 februari 2009, 26 januari 2011 en 23 januari 2013; De baby onderging kort na de geboorte een buikoperatie, waarna het zijn rechterbeentje verloor door circulatieproblemen. Hiervoor erkende het ziekenhuis aansprakelijkheid.

⁶⁹⁹ HR 31 maart 2006, LJN AU6092.

⁷⁰⁰ C.J.M. KLAASSEN, ‘Proportionele aansprakelijkheid: een goede of kwade kans’, *NJB* 2007, 1164.

3) het moet onaanvaardbaar zijn, uit overwegingen van redelijkheid en billijkheid, om de onzekerheid over het causaal verband geheel voor risico van de gedaagde dan wel het slachtoffer te laten komen.⁷⁰¹

363. De uitspraak van de rechtbank van eerste aanleg van Groningen betreffende de verantwoordelijkheid van een gynaecoloog in het veroorzaken van een schouderletsel na een schouderdystocie is een treffende illustratie van de leer van de proportionele aansprakelijkheid. De rechter oordeelde in 2007 dat het onaanvaardbaar was “de onzekerheid over het causaal verband met de schade geheel voor risico van gedaagden te laten komen nu eveneens de kans bestaat dat de schade prenataal is veroorzaakt dan wel door natuurlijke krachten tijdens de baring is ontstaan”. Het vaststellen van de omvang van de kans dat er ook een letsel zou geweest zijn, mocht de arts *lege artis* hebben gehandeld, behoorde volgens de rechter niet meer tot de mogelijkheden. Bijgevolg veroordeelde de rechter de gynaecoloog en het ziekenhuis hoofdelijk tot een schadevergoeding van (*ex aequo et bono*) 75% van de totale schade.⁷⁰²

B.3. Voorwaarden voor burgerlijke aansprakelijkheid in Frankrijk

B.3.1. Algemeen

364. Zoals in België en in Nederland bestaat de mogelijkheid om schadevergoeding te bekomen via een buitencontractuele of contractuele vordering tot schadevergoeding.⁷⁰³

Sinds het Mercier arrest in 1936 beschouwt de Franse overheid de verhouding tussen een zelfstandige zorgverlener/privaat ziekenhuis en een patiënt als contractueel.⁷⁰⁴ Het vorderen van een schadevergoeding gebeurt op basis van artikel 1231-1 *Code civil*⁷⁰⁵ wegens een schending van de behandelingsovereenkomst.⁷⁰⁶ Vanaf dat er een contractuele verhouding bestaat, is er geen vordering meer mogelijk wegens een

⁷⁰¹ S. VAN DER BURGT, *Proportionele aansprakelijkheid en het verlies van een kans*, onuitg. masterproef Rechten Universiteit Amsterdam, 2014, 15-17; A.J. VAN en R.P. WIJNE, “Lies, damned lies, and statistics. De berekening van het verlies van een kans bij medische aansprakelijkheid”, *TVP* 2012, 16-24.

⁷⁰² Rb. Groningen 14 februari 2007, rolnr. 63725/HA ZA 03-177, LJN BA 7177, *NJF* 2007, 355.

⁷⁰³ S. CARVAL en R. SEFTON-GREEN, “Medical liability in France”, in A.B. KOCH (ed.), *Medical Liability in Europe: A Comparison of Selected Jurisdictions*, Berlijn, de Gruyter, 2011, 207-290.

⁷⁰⁴ Cass. 20 mei 1936, *DP* 1936. 1. 88, noot E. PILON, *Gaz. Pal.* 1936, 2, 41.

⁷⁰⁵ Oud artikel 1147 *Code civil*, hernummerd door Ordonnance n° 2016-131 du 10 février 2016 portant réforme du droit des contrats, du régime général et de la preuve des obligations, *JO* 11 februari 2016; Deze ordonnatie wijzigt de bepalingen inzake het algemeen contractenrecht. De bepalingen inzake burgerlijke aansprakelijkheid zijn hernummerd, maar vormen ook het voorwerp van een nakende hervorming, zie ‘*Avant-projet de loi réforme de la responsabilité civile*’ van 29 april 2016, https://iej.univ-paris1.fr/openaccess/reforme-contrats/avant-propos/#_ftn1.

⁷⁰⁶ D. BERTHIAU, “La faute dans l'exercice médical depuis la loi du 4 mars 2002”, *RDSS* 2007, 773.

onrechtmatige daad op grond van artikel 1240 *Code civil*.⁷⁰⁷ De aansprakelijkheidsbeperking tot hetgeen voorzienbaar was op het moment van het opstellen van het contract (cfr. artikel 1231-3 *Code civil*), vindt geen doorgang in medische aansprakelijkheid.⁷⁰⁸

365. Vóór 2003 bedroeg de verjaringstermijn voor aquiliaanse vorderingen tien jaar, voor contractuele vorderingen dertig jaar en in administratieve zaken vier jaar,⁷⁰⁹ telkens vanaf de kennis van de schade.⁷¹⁰ De wet op de patiëntenrechten (*relative aux droits des maladies et à la qualité du système de santé*) van 30 december 2002 uniformeerde de verjaringstermijnen. Zowel in burgerlijke (onrechtmatige daad en contractueel) als in administratieve procedures bedraagt de verjaringstermijn nu tien jaar vanaf de consolidatie van de schade.⁷¹¹

366. Het vooropstellen van de contractuele vordering boven de aquiliaanse vordering neemt natuurlijk in belang af, gezien de uniformering van de verjaringstermijnen en het gebrek aan impact op de omvang van de schadevergoeding. P. Jourdain spreekt van een verzwakking van de Mercier-rechtspraak. Hij verwijst hiervoor vooral naar het algemeen professioneel karakter van elke zorgverlener en het feit dat de deontologische plichten (zoals kwalitatieve zorg bieden) wegen op de zorgverlener als professional en niet per se als schuldenaar.⁷¹²

367. De eisende partij draagt de bewijslast, overeenkomstig artikel 9 *Code de procédure civile*.⁷¹³

⁷⁰⁷ Oud artikel 1382 *Code Civil*; S. TAYLOR, “The development of medical liability and accident compensation in France”, in E. HONDIUS (ed.) *The development of medical liability*, Cambridge, Cambridge University press, 2010, 71. (hierna S. TAYLOR, *The development of medical liability and accident compensation in France*); P. SARGOS, “Confirmation et approfondissement du nouveau fondement de la responsabilité civile médicale et de la problématique et méthodologie de la perte de chance”, *D.* 2010, 2682-2683.

⁷⁰⁸ J. PENNEAU, *La responsabilité du médecin*, Parijs, Dalloz, 2004, 15.

⁷⁰⁹ Alle gerechtelijke procedures van patiënten tegen zorgverleners werkzaam in ziekenhuizen, die ressorteren onder de publieke gezondheidszorg, worden beheerst door het administratief recht. De patiënt gaat als ‘gebruiker’ geen contract aan met de publieke zorgverlener. Er zijn acht administratieve hoven (Cour administrative d’appel) en 42 administratieve rechtbanken; Zie voor meer info C. EVIN, *Les droits des usagers du système de santé*, Parijs, Berger-Levrault, 2002, 575 p. en <http://www.conseil-etat.fr/fr/cours-administratives-dappel/>; Administratieve rechtszaken vallen buiten het bestek van deze bijdrage.

⁷¹⁰ Oud artikel 2262 *Code civil*.

⁷¹¹ Art. L1142-28 *Code de la santé publique*, ingevoegd bij Loi n° 2002-1577 30 décembre 2002 relative aux droits des maladies et à la qualité du système de santé, *JO* 31 december 2002: *Les actions tendant à mettre en cause la responsabilité des professionnels de santé ou des établissements de santé publics ou privés à l'occasion d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins se prescrivent par dix ans à compter de la consolidation du dommage*.

⁷¹² P. JOURDAIN, “Le changement de nature de la responsabilité médicale”, *RTD civ.* 2011, 128-131.

⁷¹³ *Il incombe à chaque partie de prouver conformément à la loi les faits nécessaires au succès de sa prétention*.

B.3.2. De fout

368. In de eerste helft van de 20^{ste} eeuw was burgerlijke aansprakelijkheid vooral gebaseerd op het begaan van een ‘zware fout’. In de tweede helft van de 20^{ste} eeuw keerde het tij en was de *culpa levis* voldoende voor aansprakelijkheid. De rechtbanken droegen de compensatie van het slachtoffer hoog in het vaandel.⁷¹⁴

§1. Eigen fout

369. Het is logisch dat een foutieve gedraging van een zelfstandig werkende arts en/of vroedvrouw aan hen persoonlijk toerekenbaar is. De vraag dringt zich op of ook een arts en/of een vroedvrouw werkzaam in dienstverband van een ziekenhuis persoonlijk aansprakelijk kan zijn.

370. Gezien het Mercier arrest zou een fout van een zorgverlener vooral aanleiding kunnen geven tot de contractuele aansprakelijkheid van het ziekenhuis en niet de persoonlijke aansprakelijkheid op basis van een onrechtmatige daad. Wat de verloskundige dossiers betreft, is er van unanimité in de rechtspraak geen sprake.

Het hof van beroep van Besançon bijvoorbeeld vond in 1993 een vroedvrouw persoonlijk burgerlijk aansprakelijk voor het miskennen van foetale stress en het niet verwittigen van de gynaecoloog.⁷¹⁵

Sinds cassatierechtspraak van 2004 zou de persoonlijke aansprakelijkheid van de zorgverlener (met een arbeidsovereenkomst/statuut), de uitzondering moeten zijn.⁷¹⁶ De aansittersaansprakelijkheid van de instelling overeenkomstig artikel 1384, lid 5 (huidig artikel 1242, lid 5) *Code civil* zou de regel moeten zijn. Aan de oorsprong van deze wending liggen twee arresten van het hof van beroep van Parijs. In de eerste zaak stelde het hof in 2001 de vroedvrouw, de gynaecoloog en het ziekenhuis persoonlijk aansprakelijk voor de hersenschade aan een baby, wegens het gebrekkig begeleiden van de arbeid en het niet herkennen van foetale nood.⁷¹⁷ In de tweede zaak bevond het hof van beroep van Parijs de chirurg en het ziekenhuis persoonlijk aansprakelijk wegens het veroorzaken van verlamming na een operatie aan de halsslagader.⁷¹⁸ Het Hof van Cassatie vernietigde op 4 november 2004 beide arresten wegens schending van (oud) artikel 1384, lid 5 *Code civil*. Een aangestelde zorgverlener, handelend binnen de grenzen van zijn/haar beroep/opdracht,

⁷¹⁴ P. LE TOURNEAU, “Responsabilité (en général)”, *Répertoire de droit civil* 2009 (actualisation 2016), 114-116; S. TAYLOR, *The development of medical liability and accident compensation in France*, 80-84.

⁷¹⁵ Besançon 14 september 1993, voorziening afgewezen door Cass. 30 oktober 1995, N° 93-20544, 93-20579 en 93-20786.

⁷¹⁶ S. TAYLOR, *The development of medical liability and accident compensation in France*, 72.

⁷¹⁷ Parijs 16 mei 2001, voorziening afgewezen door Cass. 9 november 2004, N° 01-16739 en 01-17168.

⁷¹⁸ Cass. 4 november 2004, N° 01-17908, cassatie van Parijs 15 november 2001.

kan niet persoonlijk aansprakelijk worden gesteld. De fouten van een aangestelde leiden tot de aansprakelijkheid van de aansteller.⁷¹⁹

Uit de rechtspraakanalyse blijkt echter dat in verloskundige dossiers deze cassatierechtspraak een lage impact had.

Het hof van beroep van Bordeaux stelde in 2013 nog een vroedvrouw voor dertig procent persoonlijk burgerlijk aansprakelijk na een veroordeling wegens onopzettelijke doding (miskenning van foetale nood), samen met de gynaecoloog (tien procent) en het ziekenhuis (zestig procent).⁷²⁰

Het Hof van Cassatie zelf vernietigde in 2011 nog het arrest van het hof van beroep van Pau waar het ziekenhuis als aansteller was gekwalificeerd en samen met de gynaecoloog voor de schadevergoeding diende in te staan. Volgens het Hof handelde de vroedvrouw echter volledig autonoom en was er geen sprake van ondergeschiktheid (in de zin van het geven van instructies) ten aanzien van het ziekenhuis. Haar fouten hadden ook tot de schade *in concreto* geleid, de fouten van de gynaecoloog en het ander personeel, die de hypoglycemie (lage bloedsuikerspiegel) niet adequaat aanpakten, zorgden enkel voor het verlies van een kans.⁷²¹ Het Hof legde dus de klemtoon op de bevoegdheid (autonomie) van de zorgverlener en niet op het statuut, aangestelde van een zorginstelling of zelfstandige.

§2. Andermans fout

371. Zoals C. Seguin en J.H. Soutoul terecht stellen, zou de aanstellersaansprakelijkheid van de arts voor de fouten van de vroedvrouw de uitzondering moeten zijn.⁷²² Zolang er immers sprake is van een normale situatie handelt ook de Franse vroedvrouw autonoom, net zoals haar Belgische en Nederlandse collega. Is er sprake van een pathologische situatie en handelt de vroedvrouw op instructie van de arts, dan is de kwalificatie van de arts als aansteller te verantwoorden. De

⁷¹⁹ Cass. 9 november 2004, *Juris-Data* n° 025554 ; D. 2005, 253, noot F. CHABAS ; LPA n° 255 2004, 11, noot J.-F. BARBIÉRI, *Gaz. Pal.* 9-11 januari 2005, noot N. BANGOURA, zie voor meer info <http://www.informationhospitaliere.com/actualite-10642-absence-responsabilite-d-une-sage-femme-salariee.html>.

⁷²⁰ Bordeaux 6 februari 2013, rolnr. 11/02437, voorziening afgewezen door Cass. 18 juni 2014, N° 13-16.266.

⁷²¹ Cass. 17 februari 2011, N° 10-10449 en 10-10670, cassatie van Pau 15 september 2009, hervorming van Rb. Pau 24 mei 2006, na Corr. Pau 28 januari 2002.

⁷²² Basiswerken over de aansprakelijkheid van de Franse vroedvrouw: A. CAYZERGUÉS, *La sage-femme face à ses responsabilités. Etude de la responsabilité des sages-femmes au regard de la jurisprudence et de la loi du 4/03/2002*, Saarbrücken, Omniscryptum, 2010, 88 p; C. SEGUIN, "Partage des responsabilités entre obstétricien et sage-femme", *La Revue Sage-femme* 2008, 268-271; J.H. SOUTOUL, C. GIBAUT en C. SEGUIN, *La sage-femme face aux juges*, Parijs, Ellipses, 1998, 190 p.; J.H. SOUTOUL, C. BARDIN-BEDU, F. PIERRE et al., *La responsabilité médicale et les problèmes médico-légaux de la sage-femme*, Parijs, Maloine, 1993, 349 p.

rechtspraakanalyse bracht slechts één zaak op, waar het hof van beroep van Pau de aanstellersaansprakelijkheid van de gynaecoloog weerhield voor de gebrekkige CTG-interpretatie van de vroedvrouw.⁷²³

372. Er is geen centrale ziekenhuisaansprakelijkheid in Frankrijk, maar op zich geeft een fout van een aangestelde aanleiding tot de aansprakelijkheid van het ziekenhuis op grond van artikel 1242, lid 5 (oud artikel 1384, lid 5) *Code civil*.⁷²⁴ De volgende uitspraken in verloskundige dossiers illustreren de aanstellersaansprakelijkheid van het ziekenhuis voor foutieve gedragingen van de vroedvrouw en/of gynaecoloog.

Een vroedvrouw verwittigde te laat een gynaecoloog van een navelstrengprolaps, waardoor de baby zuurstofschade opliep. Het hof van beroep van Parijs rekende deze fout toe aan het ziekenhuis.⁷²⁵

De vergoeding voor de schade veroorzaakt door het gebrekkig hechten van een sectionaad door een gynaecoloog (bediende), legde het hof van beroep van Metz ten laste van het ziekenhuis.⁷²⁶

De miskenning van foetale stress door de vroedvrouw impliceerde de aanstellersaansprakelijkheid van het ziekenhuis.⁷²⁷

Het hof van beroep van Bordeaux stelde naast de gynaecoloog ook het ziekenhuis aansprakelijk voor miskenning van de foetale stress door de vroedvrouw.⁷²⁸

373. Een uitvoeringsagent (*agent d'exécution*) is slechts persoonlijk aansprakelijk, indien hij/zij een fout begaat die buiten zijn functie (*détachable de sa fonction*) te situeren valt.⁷²⁹ Dat een foutieve gedraging van een hulppersoon ook de contractuele aansprakelijkheid van de werkgever, *in casu* het ziekenhuis met zich kan meebrengen, blijkt uit volgende uitspraken.

Het hof van beroep van Lyon verklaarde de vrijwaringsvordering van de gynaecoloog ten opzichte van het ziekenhuis gegrond. Het hof stelde tevens het ziekenhuis voor twintig procent contractueel aansprakelijk voor de fout van de vroedvrouw, zijnde het laattijdig verwittigen van de gynaecoloog.⁷³⁰

⁷²³ Pau 21 december 2000, voorziening afgewezen door Hof van Cassatie 10 juli 2002, N° 01-10039.

⁷²⁴ P. BRUN en O. GOUT, "Responsabilité civile", *D.* 2016. 39-40.

⁷²⁵ Parijs 11 april 2014, rolnr. 13/00854, herziening van Rb. Créteil 23 oktober 2012, rolnr. 10/06704.

⁷²⁶ Metz 15 januari 2013, rolnr. 11/01890 en 12/00692.

⁷²⁷ Toulouse 4 april 2011, rolnr. 09/06345.

⁷²⁸ Bordeaux 5 januari 2009, rolnr. 07/04848, bevestiging van Rb. Bordeaux 25 juni 2003, rolnr. 07/01017.

⁷²⁹ C. VALLAR en S. ZEPI, "Responsabilité médicale et primauté de la faute de service", *RDSS* 2004, 906-908.

⁷³⁰ Lyon 4 oktober 2011, rolnr. 11/00814.

Het hof van beroep van Aix-en-Provence stelde een gynaecoloog aansprakelijk wegens het onderschatten van foetale nood. Het Hof van Cassatie verbrak dit arrest, wat betrof de afwijzing van de vrijwaringsvordering van de gynaecoloog tegen het ziekenhuis. Hij handelde immers als *agent d'exécution* van het ziekenhuis volledig binnen zijn functie.⁷³¹ In een andere zaak verklaarde het hof van beroep van Nîmes de contractuele vordering van de ouders met een baby met hersenschade gegrond. De gynaecoloog veroorzaakte deze schade door een verkeerde plaatsing van de forceps, maar ontsprong de dans, ten nadele van het ziekenhuis, dat aansprakelijk werd gesteld omdat de vroedvrouw op eigen houtje besliste om te induceren zonder een medische indicatie.⁷³²

Het Franse Hof van Cassatie vernietigde twee arresten op burgerlijk gebied, waarbij de gynaecoloog telkens na een veroordeling wegens onopzettelijke doding ook persoonlijk moest opdraaien voor de schadevergoeding. Het Hof oordeelde telkens dat de gynaecoloog als uitvoeringsagent handelde en niet persoonlijk aansprakelijk kon zijn voor de schade veroorzaakt door het onderschatten van respectievelijk maternale koorts en de haemodynamische toestand van een patiënte na een postpartumbloeding.⁷³³

B.3.3. De schade

374. Op zich moet de schade zeker zijn,⁷³⁴ maar ook het toekennen van een gedeeltelijke schadevergoeding, gebaseerd op het verlies van een genezings- of overlevingskans (*perte d'une chance de guérison ou de survie*), nam vanaf 1970 aan belang toe, twee decennia vroeger dan in België en Nederland.⁷³⁵

375. Het principe van het verlies van een kans is gebaseerd op de combinatie van een 'onzekerheid' en een zekerheid. Er is enerzijds onzekerheid dat zonder de fout de patiënt een betere genezing zou gehad hebben. Anderzijds is er echter zekerheid dat zonder de fout, de patiënt een kans had op een betere genezing/uitkomst en de fout heeft deze kans weggenomen. Er moet nog steeds een causaal verband zijn tussen de fout en het verlies van een kans.⁷³⁶ Zelfs de kleinste kans op het verlies van een kans op een betere uitkomst, komt voor schadeloosstelling in aanmerking.⁷³⁷

⁷³¹ Cass. 9 december 2010, N° 09-70356, vernietiging van Aix-en-Provence 17 juni 2009.

⁷³² Nîmes 30 september 2008, voorziening afgewezen door Cass. 17 december 2009, N° 08-21878.

⁷³³ Corr. Versailles 13 december 2004, hervormd op burgerlijk gebied door Versailles 23 februari 2006, vernietigd door Cass. 13 februari 2007, N° 06-82264; Douai 3 november 1983, partiële cassatie (op burgerlijk gebied) door Cass. 27 novembre 1984, N° 83-94.889; Het is niet bekend of de ouders nog een burgerlijke procedure tegen het ziekenhuis hebben opgestart.

⁷³⁴ P. LE TOURNEAU, "Responsabilité (en général)", *Répertoire de droit civil* 2009 (actualisation 2016), 20-21.

⁷³⁵ Belangrijke cassatierechtspraak ter zake: Cass. 18 maart 1969, *JCP* 1970, II.16422, noot A. RABUT en Cass. 27 januari 1970, *D.* 1970, 70.

⁷³⁶ P. SARGOS, "Confirmation et approfondissement du nouveau fondement de la responsabilité civile médicale et de la problématique et méthodologie de la perte de chance", *D.* 2010, 2684-2685.

⁷³⁷ P. BRUN en O. GOUT, "Responsabilité civile", *D.* 2015, 126-127.

B.3.4. Het causaal verband

376. Volgens het traditioneel principe is er geen aansprakelijkheid zonder een causaal verband tussen de foutieve gedraging en de schade. Het schadeverwekkend feit moet de *cause génératrice* van de uiteindelijke schade zijn geweest. Dus er is enkel aansprakelijkheid voor de rechtstreekse en/of onmiddellijke gevolgen van de fout of schadeverwekkend feit. Het is als het ware een aaneenschakeling van omstandigheden, die de rechter dient te ontrafelen en tussen de verschillende feiten en schadeposten een verband vaststellen. Het verband moet zeker zijn en direct.⁷³⁸

B.4. Besluit

377. Een medische fout kan in Nederland en Frankrijk vooral een schending uitmaken van de behandelingsovereenkomst met de patiënte. In België is er geen voorkeursbehandeling van de contractuele vordering en is een vordering op grond van een onrechtmatige daad evenwaardig.

378. Er zijn weinig verschillen op het gebied van de kwalificatie van de fout of de schade (ook verlies van een kans), maar des te meer in de interpretatie van het causaal verband. Door de mogelijkheid in Nederland van proportionele aansprakelijkheid bij een onzeker causaal verband is rechtszekerheid echter ver zoek. Deze theorie is vooral voer voor uitgebreide pleidooien.

379. De persoonlijke burgerlijke aansprakelijkheid van een vroedvrouw in dienstverband valt te betreuren. Er dient vooreerst een onderscheid te worden gemaakt in de bevoegdheid van de vroedvrouw, naargelang de soort van begeleiding: autonomie in de normale verloskunde en ondergeschiktheid in de pathologische verloskunde. Begaat de vroedvrouw een fout binnen haar autonome handelingen, dan zou de aanstellersaansprakelijkheid van het ziekenhuis de norm moeten zijn. Er is immers gezag vanuit het ziekenhuis en het beleid van de vroedvrouw wordt hoe dan ook gestuurd door de regels en protocollen binnen het ziekenhuis. In pathologische situaties is de vroedvrouw verplicht een arts ter consult te roepen. Foute handelingen van de vroedvrouw bij pathologie, in het kader van het ingestelde beleid van de gynaecoloog, zouden deze laatste als occasionele aansteller moeten toerekenbaar zijn. In België is dit wettelijk geregeld, in Nederland geven fouten van verloskundigen aanleiding tot de aansprakelijkheid van de zorginstelling en niet de arts, terwijl de wetgeving dit niet uitsluit. Het is vooral in Frankrijk dat er nog verdeeldheid heerst in de rechtspraak, ondanks een duidelijke stellingname van het Hof van Cassatie in het voordeel van de vroedvrouw.

⁷³⁸ P. LE TOURNEAU, “Responsabilité (en général)”, *Répertoire de droit civil* 2009 (actualisation 2016), 33-34, 55.

C. Strafrechtelijke procedure

380. Een slachtoffer van een verloskundig incident kan in België, Nederland en Frankrijk een strafklacht indienen tegen de individuele zorgverlener of de zorginstelling. Telkens komen in het algemene deel de kwalificatie van het misdrijf en de strafrechtelijke bescherming van de foetus aan bod. Vervolgens worden de schuld en het causaal verband met de schade verder toegelicht.

C.1. Voorwaarden voor strafrechtelijke aansprakelijkheid in België

C.1.1. Algemeen

§1. Soort misdrijf

381. Om naar Belgisch strafrecht iemand te kunnen veroordelen moet aan alle constitutieve bestanddelen van het misdrijf worden voldaan. Traditioneel gezien bestaat een misdrijf uit een materieel element, dit is een positieve of negatieve gedraging (handeling of verzuim) en een moreel element ((algemeen dan wel bijzonder) opzet of onachtzaamheid). De wederrechtelijkheid, het derde bestanddeel, betekent dat de gedraging niet gerechtvaardigd is, dat er dus geen sprake is van een rechtvaardigingsgrond, zoals de noodtoestand.⁷³⁹

382. In de verloskundige schadegevallen spitst het onderzoek van het Openbaar Ministerie zich hoofdzakelijk toe op drie soorten van wanbedrijven. De verjaringstermijn voor wanbedrijven bedraagt tien jaar na de feiten.⁷⁴⁰

Enerzijds staan vooral de handelingsmisdrijven onopzettelijke doding en onopzettelijke slagen en verwondingen (art. 418-422 Sw.) ter discussie. Het materieel element bestaat hier uit een positieve gedraging, het stellen van een door de wet strafbaar gestelde handeling.⁷⁴¹

Anderzijds stijgt ook het verzuimsmisdrijf schuldig verzuim (art. 422bis-422quater Sw.) in belang. Hierbij weigert de zorgverlener (opzettelijk) om een persoon die in een groot gevaar verkeert hulp te bieden. De hulpverleningsplicht geldt in principe enkel ten aanzien van een levend rechtssubject.⁷⁴²

⁷³⁹ C. VAN DEN WYNGAERT, *Strafrecht en strafprocesrecht in hoofdlijnen*, 178-180.

⁷⁴⁰ Art. 21 Vt. Sv.

⁷⁴¹ C. VAN DEN WYNGAERT, *Strafrecht en strafprocesrecht in hoofdlijnen*, 213-214.

⁷⁴² T. VANSWEEVELT, *De aansprakelijkheid van de arts en het ziekenhuis voor eigen gedrag*, 1350-1357.

§2. Strafrechtelijke bescherming van de foetus

383. De vraag rijst in hoeverre een foetus strafrechtelijk beschermd is. Er is immers nog geen sprake van een ‘levend rechtssubject’. In dit kader is de evolutie van de rechtspraak betreffende de strafrechtelijke bescherming van de foetus *in utero* zeer relevant voor de strafrechtelijke aansprakelijkheid in de verloskunde.

Artikel 348-352 Sw. sanctioneert het opzettelijk doden van een foetus en de niet intentionele abortus door opzettelijke daden van geweld. De vraag stelt zich of ook het onopzettelijk doden van een foetus door een onzorgvuldigheid strafbaar is.⁷⁴³ Vóór 1987 was zowel bij verkeersmisdrijven als bij medische onzorgvuldigheden een veroordeling wegens onopzettelijke doding van een foetus onbestaande.⁷⁴⁴ De traditionele regel in het burgerlijk recht, met name dat de persoonlijkheid slechts begon bij de geboorte, op voorwaarde dat de foetus levend en levensvatbaar geboren werd, stond als een paal boven water.⁷⁴⁵

Toen in de loop van de jaren 1980 het maatschappelijke debat over abortus hevig oplaaide, nam het Hof van Cassatie in 1987 een innovatief standpunt in. Het Hof oordeelde dat de criteria van het burgerlijk recht om de rechtsbekwaamheid vast te stellen geen uitstaans hadden met het strafrecht en dat dit bescherming verleende aan een foetus die betrokken was in het geboorteproces, dus nog niet geboren was.⁷⁴⁶ ‘In het geboorteproces’ betekent tijdens de bevalling, die zich inzet met de arbeid.⁷⁴⁷ Het Hof van Cassatie werd gevat naar aanleiding van de veroordeling van een vroedvrouw en een gynaecoloog in 1986 door het Luikse hof van beroep voor de onopzettelijke doding van een tweeling. Eén baby stierf *in utero* en de andere baby stierf de dag na de geboorte. De gynaecoloog liep ook een veroordeling op wegens schuldig verzuim ten aanzien van de moeder.⁷⁴⁸

⁷⁴³ J.L. FAGNART, *La sage-femme face à ses responsabilités*, 114-118.

⁷⁴⁴ Corr. Verviers 11 avril 1978, *JL* 1977-78, 275; Corr. Turnhout 17 november 1961, *RW* 1961-62, 1065; Pol. Tongeren 8 mei 1973, *RW* 1973-74, 1511; P.E. TROUSSE, “Thérapeutique médicale et responsabilité pénale”, *Rev. dr. pén.* 1963-64, 593-594.

⁷⁴⁵ Art. 725 en 906 BW (inzake de verkrijging van goederen via een schenking of een testament); B. DE GROOTE en R. DE CORTE, *Handboek Civiel Recht*, Gent, Larcier, 2008, 363.

⁷⁴⁶ Cass. 11 februari 1987, *VL.T.Gez.* 1987, 41, noot J.J. ANDRÉ, *JLMB* 1987, 630, noot M. PREUMONT en *JT* 1987, 738, noot F. KEFER.

⁷⁴⁷ M. EGGERMONT, “Een moeilijke bevalling. De ontwikkeling van de aansprakelijkheid van de vroedvrouw in België (19de-20ste eeuw)”, in B. DELBEKE en B. DEBAENST (eds.), *Vangnet of springplank. Het buitencontractueel aansprakelijkheidsrecht in een moderne samenleving (1804-heden)*, Brugge, die Keure, 2014, 102.

⁷⁴⁸ Luik 25 juni 1986, *JL* 1986, 674.

In navolging van deze cassatierechtspraak hebben onzorgvuldigheden begaan vóór de start van de arbeid dan ook telkens tot de vrijspraak van de zorgverlener geleid.⁷⁴⁹

Daar de gerechtsdeskundigen er niet in slaagden om met zekerheid te bepalen of de foetus gestorven was vóór de start van de arbeid, verleende het hof van beroep van Luik de vrijspraak aan de gynaecoloog voor onopzettelijke doding en schuldig verzuim.⁷⁵⁰

Het overlijden van een lid van een drieling, nog vóór de geplande sectio, leidde tot de buitenvervolginstelling van een vroedvrouw en een gynaecoloog. De foetus was immers overleden vóór het begin van de arbeid.⁷⁵¹

De correctionele rechtbank van Antwerpen veroordeelde een assistent-gynaecoloog enkel voor schuldig verzuim ten aanzien van de moeder, niet ten aanzien van de foetus die al overleden was vóór dat de bevalling zich aandrong.⁷⁵²

Het hof van beroep te Gent vernietigde de veroordeling van een gynaecoloog en een ziekenhuisdirecteur (de vroedvrouw verkreeg meteen de vrijspraak), omdat er onvoldoende was aangetoond dat op het moment van het overlijden van de foetus, de arbeid al was begonnen.⁷⁵³

384. In een schadegeval is het dus cruciaal dat gerechtsdeskundigen het tijdstip van de start van de arbeid en het overlijden van de foetus bepalen, om te beoordelen of de foetus strafrechtelijke bescherming genoot op het moment van de gedraging of het verzuim.

C.1.2. De fout (schuld)

385. Voor de voltrekking van het misdrijf moet het materieel element, de foutieve gedraging aanwezig zijn. Zoals *supra* beschreven sanctioneert het burgerlijk aansprakelijkheidsrecht elke schadeveroorzakende fout, terwijl het strafrecht enkel die fout bestraft die in de wet als strafbaar wordt omschreven. Uitgangspunt blijft wel de *culpa levissima in abstracto*, de lichtste fout volstaat, zoals in burgerlijke aansprakelijkheid. De rechter bekijkt niet de persoonlijke situatie van de dader

⁷⁴⁹ Deze zaken maken geen deel uit van het statistisch luik van de rechtspraakanalyse.

⁷⁵⁰ Luik 10 januari 2008, *JLMB* 2008, 1421.

⁷⁵¹ Rk. Brugge 1 december 2004, *T.Gez.* 2005-06, 408, noot N. COLETTE-BASECQZ; In dezelfde zin Corr. Brussel 28 maart 2012, Not.nr. BR. 43.99.37/06; J.L. FAGNART, *La sage-femme face à ses responsabilités*, 120.

⁷⁵² Corr. Antwerpen 24 november 2000, *RW* 2000-01, 1423, noot P. DESMET en H. NYS.

⁷⁵³ Corr. Dendermonde 16 januari 1995, hervormd door Gent 26 maart 1997, arrestnr. 81869, *AJT* 1997-98, 463, noot C. COUDRON.

op het ogenblik van de feiten, wel de situatie van de gemiddelde, redelijke en vooruitziende persoon.⁷⁵⁴

386. De gelijkschakeling tussen de aquiliaanse en de strafrechtelijke fout zit vervat in artikel 4 Vt. Sv.: “De burgerlijke rechtsvordering kan terzelfdertijd en voor dezelfde rechters vervolgd worden als de strafvordering. Zij kan ook afzonderlijk vervolgd worden; in dat geval is zij geschorst, zolang niet definitief is beslist over de strafvordering die vóór of gedurende de burgerlijke rechtsvordering is ingesteld”.

387. In deze problematiek situeert zich een verloskundige zaak, die startte in het begin van de jaren 80. Het hof van beroep van Bergen beslechtte op 22 maart 2013 het aansprakelijkheidshoofdstuk betreffende het (niet) tijdig herkennen van een hypoglycemie (lage bloedsuikerspiegel) bij een pasgeboren baby door een pediater, een vroedvrouw, een verpleegkundige en het OCMW waar het ziekenhuis onder ressorteerde.⁷⁵⁵ Op zich niets nieuws onder de zon, ware het niet dat dit eindarrest er pas kwam na twee cassatievoorzieningen en bijna dertig jaar na de feiten. De cassatie-arresten raken de vraag of een burgerlijke partij eerst moet afstand doen van de strafprocedure vooraleer hij/zij een burgerlijke procedure kan starten. Ten tweede komt de draagwijdte van het gezag van strafrechtelijk gewijsde aan bod.

In het Belgische rechtstelsel heeft de schadelijder de keuze om een burgerlijke vordering voor het strafrecht (als burgerlijke partij) en/of voor de burgerlijke rechtbank (als eisende partij) in te stellen. Op zich is dit een keuzerecht zonder beperkingen.

Vroeger betekende dit keuzerecht de keuze tussen of een burgerlijke partijstelling in een strafzaak of een burgerlijke vordering, geen samenloop. Er was dus sprake van een verbod om een burgerlijke vordering voor de burgerlijke rechter en de strafrechter te brengen, in de veronderstelling dat het om dezelfde vordering ging, dit is zelfde voorwerp, oorzaak en partijen.⁷⁵⁶ Het vooraf afstand van geding doen, was en is echter geen evidentie, vermits het gezag van burgerlijke gewijsde van relatieve aard is en het gezag van strafrechtelijke gewijsde van openbare orde (*non bis in idem*), op te werpen in elke stand van het geding.⁷⁵⁷

In burgerlijke zaken moet deze exceptie dus door een belanghebbende partij opgeworpen

⁷⁵⁴ C. VAN DEN WYNGAERT, *Strafrecht, strafprocesrecht en internationaal strafrecht in hoofdlijnen*, Antwerpen-Apeldoorn, Maklu, 2006, 290. (hierna: C. VAN DEN WYNGAERT, *Strafrecht, Strafprocesrecht & Internationaal Strafrecht in hoofdlijnen*).

⁷⁵⁵ Bergen 22 maart 2013, rolnr. 2011/AR/911; M. EGGERMONT, “De procedurele hardnekkigheid van ouders in een procedure tegen zorgverleners: de aanhouder wint...of toch niet”, *T.Gez.* 2015-2016, 124-128.

⁷⁵⁶ Cass. 3 november 1992, *Arr.Cass.* 1991-92, nr. 710; Cass. 13 juni 1989, *Arr.Cass.* 1988-89, nr. 596; Cass. 24 maart 1987, *Arr.Cass.* 1986-87, 975; Cass. 16 januari 1979, *Arr. Cass.* 1978-79, 559; Cass. 13 januari 1969, *Arr.Cass.* 1968-69, nr. 442; Luik 6 mei 1991, *J.L.M.B.* 1992, 1127; R. DECLERCQ, “Raakvlakken gerechtelijk privaatrecht-strafprocesrecht”, *TPR* 1980, 37.

⁷⁵⁷ Cass. 2 oktober 1917, *Pas.* 1918, I, 91.

worden.⁷⁵⁸ Een eerste kentering in de problematiek kwam er met het cassatie-arrest van 18 mei 1993. Artikel 4 Vt.Sv. bepaalde niet dat een burgerlijke vordering slechts voor de strafrechter mocht gebracht worden, indien de eisende partij afstand van geding had gedaan voor de burgerlijke rechtbank.⁷⁵⁹ De kentering in de omgekeerde richting liet nog tien jaar op zich wachten.

Uiteindelijk maakte het arrest van 10 oktober 2003 van het Hof van Cassatie in onderhavige zaak de cirkel rond. Voor het aanhangig maken van een burgerlijke vordering voor een burgerlijker rechter is niet (meer) vereist dat vooraf afstand is gedaan van diezelfde burgerlijke vordering, ingesteld voor de strafrechter.⁷⁶⁰ Het Hof vernietigde hierbij het arrest van het hof van beroep van Luik van 8 oktober 2001 die de vordering van de moeder en haar intussen meerderjarige zoon onontvankelijk verklaarde, wegens het opstarten van een burgerlijke procedure, nog vóór de beëindiging van de strafprocedure.

Ten tweede stelt zich de vraag naar de grenzen van het strafrechtelijke gewijsde. Bij de samenloop van een strafprocedure en een burgerlijke procedure, geldt het beginsel: “*Le criminel tient le civil en état*”. Dit betekent enerzijds dat indien de burgerlijke vordering afzonderlijk wordt ingesteld voor de burgerlijke rechter, zij wordt geschorst totdat de strafrechter uitspraak doet. De uitspraak over de burgerlijke vordering wordt opgeschort totdat de einduitspraak van de strafrechter kracht van gewijsde heeft bekomen.⁷⁶¹ De verplichting tot opschorting van de eindbeslissing bestaat slechts voor zover de strafrechter geroepen is om uitspraak te doen over punten die gemeen zijn aan de strafvordering en aan de burgerlijke rechtsvordering, voor zover m.a.w. er een gevaar van strijdigheid tussen de beslissingen bestaat.⁷⁶²

Anderzijds is de burgerlijke rechter dus gebonden door de beslissing van de strafrechter aangaande de punten die aan de strafvordering en aan de burgerlijke vordering gemeen zijn. Dit is het algemeen rechtsbeginsel van het gezag van strafrechtelijk gewijsde. Traditioneel gezien betekent dit dat de uitspraak van de strafrechter over de strafvordering de openbare orde raakt en *erga omnes* geldt. Wanneer de burgerlijke rechter de beslissing

⁷⁵⁸ R. DECLERCQ, *Beginselen van strafrechtspleging*, Kluwer, Mechelen, 2014, 1160. (hierna: R. DECLERCQ, *Beginselen van strafrechtspleging*); R. VERSTRAETEN, *Handboek strafvordering*, Maklu, Antwerpen-Apeldoorn, 2007, 188 en 208; C. VAN DEN WYNGAERT, *Strafrecht, Strafprocesrecht & Internationaal Strafrecht in hoofdlijnen*, 694-695 en 724.

⁷⁵⁹ Cass. 18 mei 1993, *Arr.Cass.* 1993, nr. 241; Cass. 2 november 1993, *Arr.Cass.* 1993, nr. 440.

⁷⁶⁰ Cass. 10 oktober 2003, N° C.02.0186.F/1, *Arr. Cass* 2003, nr. 487; *JLMB* 2004, afl. 12, 496; *RW* 2005-06, afl. 38, 1504; *Rev.dr.pén.* 2004, afl. 7-8, 828, met concl. Advocaat-generaal X. De Riemaeker; *Pas.* 2003, afl. 9-10, 1573, met concl. Advocaat-generaal X. De Riemaeker.

⁷⁶¹ Cass. 7 februari 2013, N° C.12.158 F, *Arr.Cass.* 2013, nr. 91 en de conclusie van Advocaat-generaal Génicot; Cass. 26 mei 1972, *Arr.Cass.* 1972, 907 en *JT* 1973, 26.

⁷⁶² Cass. 23 maart 1992, N° 9317, *Arr.Cass.* 1991-92, nr. 389; Cass. 22 mei 1975, *Arr.Cass.* 1975, 1006; Brussel 30 september 1997, *JT* 1998, 59.

over de strafvordering, die een hoger belang raakt (dat van de ganse maatschappij), zou kunnen tegenspreken, zou de openbare orde in het gedrang kunnen komen.⁷⁶³

Het *erga omnes* karakter is echter door verschillende cassatiearresten in de periode 1991-2006 gaan afbrokkelen, waardoor de absolute gelding van het gezag van het strafrechtelijk gewijsde compleet verleden tijd is.⁷⁶⁴

Met het Stappersarrest van 15 februari 1991 bevestigde het Hof van Cassatie enerzijds de klassieke rechtspraak. De feiten waarvan de strafrechter ten aanzien van de beklaagde het bestaan zeker en noodzakelijk heeft vastgesteld, zijn niet meer door derden betwistbaar in een latere burgerlijke procedure. Anderzijds stelde het Hof wel dat het gezag moest wijken als de rechten van verdediging, voorzien in artikel 6 EVRM, in het gedrang kwamen.⁷⁶⁵ De arresten van 14 april 1994 en van 14 juni 1996 lagen in het verlengde van het Stappersarrest. Voortaan betekende *erga omnes* niet meer 'iedereen', maar wel 'zij die partij waren in de strafprocedure'.⁷⁶⁶ Het arrest van 2 oktober 1997 holde het *erga omnes* karakter van het gezag van het strafrechtelijk gewijsde verder uit.⁷⁶⁷ Een derde, die geen betrokken partij was in de strafprocedure of er niet vrij zijn belangen kon laten gelden, moest voor de burgerlijke rechter wel degelijk de mogelijkheid krijgen om gegevens, afgeleid uit de strafprocedure, te betwisten. Het gezag van strafrechtelijk gewijsde werd verenigbaar met de rechten van verdediging, gewaarborgd door artikel 6 EVRM. Dit principe werd bevestigd in verschillende latere arresten.⁷⁶⁸ In het arrest van 24 juni 2002 ging het Hof van Cassatie nog een stapje verder.⁷⁶⁹ Een derde, die geen betrokken partij was in de strafprocedure of er niet vrij zijn belangen kon laten gelden, moest voor de burgerlijke rechter wel degelijk de mogelijkheid krijgen om gegevens, afgeleid uit de strafrechtelijk vrijspraak, te betwisten.⁷⁷⁰ Met het arrest 24 april 2006 viel het doek volledig over het *erga omnes* karakter van het gezag van het strafrechtelijk gewijsde.⁷⁷¹ Het Hof van Cassatie stelde immers dat het gezag een derde, die niet bij het strafgeding was betrokken of er niet vrij zijn belangen kon doen gelden, niet verhinderde om in een later

⁷⁶³ R. DECLERCQ, *Beginselen van strafrechtspleging*, 1316-1320; C. VAN DEN WYNGAERT, *Strafrecht, Strafprocesrecht & Internationaal Strafrecht in hoofdlijnen*, 723-728.

⁷⁶⁴ Zie uitgebreid over de evolutie in de rechtspraak: R. DENOO, *Het (relatieve) gezag van het strafrechtelijk gewijsde ten aanzien van de (burgerlijke) rechter*, onuitg. masterproef Rechten Universiteit Gent, 2009, 70-87.

⁷⁶⁵ Cass. 15 februari 1991, *Arr.Cass.* 1990-91, 641, concl. Adv.-Gen. G. D'HOORE.

⁷⁶⁶ Cass. 14 april 1994, *Arr.Cass.* 1994, 372 en Cass. 14 juni 1996, *Arr.Cass.* 1996, 589.

⁷⁶⁷ Cass. 2 oktober 1997, *Arr.Cass.* 1997, 889; I. BOONE, "Gezag van strafrechtelijk gewijsde en de burgerlijke rechter. Wat blijft er nog over?", *NjW* 2002-03, 339.

⁷⁶⁸ Cass. 3 december 1998, *Arr.Cass.* 1998, 1091, concl. Adv. Gen. J. LECLERCQ; Cass. 2 november 2001, *Arr.Cass.* 2001, 1840, *JLMB* 2002, afl. 16, 683, noot B. CEULEMANS; Cass. 4 november 2002, *JLMB* 2003, afl. 2, 67; Cass. 14 juni 2006, *Pas.* 2006, 1403, concl. D. VANDERMEERSCH.

⁷⁶⁹ Cass. 24 juni 2002, *NjW* 2002, afl. 10, 353; I. BOONE, "Gezag van strafrechtelijk gewijsde en de burgerlijke rechter. Wat blijft er nog over?", *NjW* 2002, 340.

⁷⁷⁰ Bevestigd in Cass. 5 januari 2004, *T.Verz.* 2004, 477.

⁷⁷¹ Cass. 24 april 2006, *NjW* 2007, afl. 157, 176, noot S. BOUZOUMITA.

burgerlijk proces de mogelijkheid te krijgen om elementen te betwisten die in het strafproces zijn vastgesteld.

In onderhavige zaak miskende het hof van beroep van Brussel het algemeen rechtsbeginsel van het gezag van strafrechtelijk gewijsde, aldus het Hof van Cassatie in 2011.⁷⁷² De eisers in cassatie gaven in hun tweede middel immers aan dat de vordering voor de strafrechter gesteund was op de opzettelijke fout van de zorgverleners (kwalificatie van schuldig verzuim), terwijl de burgerlijke vordering gegrond was op een “beroepsfout, die slechts in een eenvoudige, onopzettelijke onachtzaamheid kan bestaan”. Het gezag van gewijsde van het strafvonnis kon de ontvankelijkheid van de burgerlijke vordering niet beletten. De zaak werd voor een derde maal doorverwezen, met de gekende uitspraak.

C.1.3. Het causaal verband met de schade

388. De verlies-van-een-kans-leer vindt geen toepassing in het strafrecht. De schade moet met andere woorden honderd procent zeker zijn. Zowel bij de rechtspraak als bij de rechtsleer heerst er unanimitie hierover.⁷⁷³ Het cassatiearrest van 23 september 1974 in een verloskundig dossier wordt beschouwd als het principesarrest in deze materie.⁷⁷⁴ Het Hof van Cassatie vernietigde het arrest van hof van beroep van Brussel, dat een gynaecoloog veroordeelde wegens onopzettelijke doding wegens het niet adequaat reageren op een bloeding na een bevalling.⁷⁷⁵ De experts waren van mening dat er ook tien procent kans was dat de patiënte de bloeding niet overleefde, mocht de gynaecoloog vroeger ter plaatse zijn gekomen om een interventie op te starten. Derhalve was er geen sprake van een vaststaand causaal verband tussen de medische fout en het overlijden.

389. In het strafrecht moet er sprake zijn van een vaststaand causaal verband tussen de fout en de schade. De equivalentieleer van het burgerlijk aansprakelijkheidsrecht kent onverkort toepassing in het strafrecht. Een onzeker causaal verband verhindert een veroordeling.⁷⁷⁶

De correctionele rechtbank van Antwerpen sprak een vroedvrouw vrij van schuldig verzuim, onopzettelijke doding van een baby en onopzettelijke slagen en verwondingen van een moeder. Ondanks het feit dat de vroedvrouw in een pathologische situatie geen gynaecoloog verwittigde, was het causaal verband met de schade onzeker. De gerechtsdeskundigen konden niet met zekerheid bepalen of de baby was overleden ten gevolge van een placentaloslating, dan wel door de samenloop met nog andere factoren.⁷⁷⁷

⁷⁷² Cass. 30 juni 2011, N° C.09.0160.F/1, vernietiging van Brussel 25 september 2008, rolnr. 2005/AR/1103.

⁷⁷³ T. VANSWEEVELT, *De aansprakelijkheid van de arts en het ziekenhuis voor eigen gedrag*, 1393.

⁷⁷⁴ Cass. 23 september 1974, *RGAR* 1975, 9472.

⁷⁷⁵ Brussel 27 februari 1974, *De Verzekering* 1974, 637, bevestiging van Corr. Doornik 7 juni 1973.

⁷⁷⁶ C. VAN DEN WYNGAERT, *Strafrecht en strafprocesrecht in hoofdlijnen*, 299-301.

⁷⁷⁷ Corr. Antwerpen 27 november 2014, Not. Nr. AN.30.99.72-10; De burgerlijke partijen tekenden op burgerlijk gebied hoger beroep aan.

C.2. Voorwaarden voor strafrechtelijke aansprakelijkheid in Nederland

C.2.1. Algemeen

390. Zoals al bleek uit het ‘stroomschema klachtmogelijkheden’ beschouwt de Nederlandse overheid het vorderen van de strafrechtelijke aansprakelijkheid van een zorgverlener als een *ultimum remedium*. Het minnelijk afhandelen van klachten geniet de voorkeur en *secundo*, als partijen geen akkoord hebben bereikt, een burgerlijke procedure.

391. Omdat het strafrechtelijk vervolgen van zorgverleners zo specifiek is en bijkomende ervaring vereist volgens de Nederlandse overheid, is bij de elf parketten en bij de ressortsparketten een medisch officier van justitie respectievelijk een medisch advocaat-generaal aangesteld. Zij gaan, vooraleer een vervolging op te starten, de zaak voorleggen aan het Expertisecentrum Medische Zaken, dat sinds november 2001 gevestigd is op het parket te Rotterdam. De belangrijkste taak van dit expertisecentrum is het “stimuleren en adviseren van de parketten bij het ontwikkelen en realiseren van lokaal beleid en lokale afspraken”.

392. Eind 2010 ondernam het OM een eerste poging om haar criteria te verduidelijken die ze hanteert bij de beslissing tot vervolging in medische zaken. Op 1 november 2010 trad de ‘Aanwijzing feitenonderzoek/strafrechtelijk onderzoek en vervolging in medische zaken’ in werking.⁷⁷⁸ De Aanwijzing heeft de ontwikkeling van een uniform en doeltreffend beleid als doel. De aanwijzing bevat onder meer het soort van misdrijven, de soort van meldingen (aangifte door een slachtoffer, na een lijkschouwing van een verdacht overlijden of via de IGZ) die aanleiding kunnen geven tot vervolging en de klemtonen van het strafrechtelijk onderzoek.⁷⁷⁹ Een medische strafzaak is volgens het OM “een zaak waarin het medisch handelen of nalaten van een persoon die werkzaam is in de (geestelijke) gezondheidszorg of de alternatieve gezondheidssector een redelijk vermoeden oplevert van schuld aan enig strafbaar feit zoals bedoeld in artikel 27 Sv.”

§1. Soort misdrijf

393. Slechts enkele misdrijven kunnen in medische zaken ten laste worden gelegd. De belangrijkste zijn: het verlaten van hulpbehoevenden (artikel 255-257 Sr.), doding door schuld (artikel 307-309 Sr.) en het toebrengen van een zwaar lichamelijk letsel door schuld (artikel 308-309Sr.). Alleen het eerste misdrijf vereist een opzet, de andere twee misdrijven vereisen enkel onachtzaamheid. De verjaringstermijn voor deze misdrijven, waarop een gevangenisstraf van

⁷⁷⁸ Aanwijzing feitenonderzoek/strafrechtelijk onderzoek en vervolging in medische zaken, *Stb* 2010 no.15449; Opgeven door Aanwijzing feitenonderzoek/strafrechtelijk onderzoek en vervolging in medische zaken, *Stb* 2012 no. 26863, inw. 1 januari 2013, hierna Aanwijzing; De Aanwijzing is voor onbepaalde tijd geldig, cfr. Besluit van 18 juni 2013 van het College van procureurs-generaal, houdende wijziging van de geldigheidsduur van de beleidsregels voor het Openbaar Ministerie met ingang van 1 september 2013, waarvan de Minister van Veiligheid en Justitie in kennis is gesteld.

⁷⁷⁹ J. LEGEMAATE, “De strafrechtelijke vervolging van medische zaken”, *Ned.TvG* 2011, afl. 155, 1-4.

minder dan drie jaar staat, bedraagt zes jaar na de dag waarop de strafbare feiten zijn voltooid.⁷⁸⁰ Ook de BIG-wet penaliseert het 'toebrengen van schade of een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid van een ander' door het verrichten van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg buiten noodzaak.⁷⁸¹

394. De Nederlandse strafrechter kan, naast een geldboete en/of een celstraf zoals in België, ook een beroepsverbod (ontzetting) opleggen voor een bepaalde periode aan een schuldige zorgverlener.⁷⁸² De correctionele rechtbank van Alkmaar bijvoorbeeld veroordeelde in 2012 een gynaecoloog voor onopzettelijke doding van een baby en onopzettelijke slagen en verwondingen van de moeder en legde (naast geldboete en celstraf) een ontzetting op van één jaar.⁷⁸³ Het hof van beroep van Amsterdam bevestigde de schuld van de gynaecoloog, maar wijzigde de strafmaat. Het hof hield rekening met de schade van de gynaecoloog, zoals heel veel negatieve media-aandacht en de al uitgevoerde tuchtstraf, nam nota van de spijtbetuigingen en legde geen straf meer op.⁷⁸⁴

§2. Strafrechtelijke bescherming van de foetus

395. Nederland houdt het bij de oude visie van België wat betreft de strafrechtelijke bescherming van de foetus, slechts vanaf de geboorte, in de veronderstelling dat de foetus levend en levensvatbaar geboren wordt. Er is wel artikel 82a Sr. dat het doden van een levensvatbare foetus penaliseert,⁷⁸⁵ maar dan enkel wat betreft de misdrijven in de artikelen van Titel XIX Sr., dit zijn (kinder)moord, (kinder)doodslag en abortus.⁷⁸⁶ Artikel 82a Sr. kadert in de legalisering van abortus bij Wet van 1 mei 1981. Het artikel beoogt de foetus strafrechtelijk te beschermen vanaf het moment dat de foetus in staat is buiten de baarmoeder te blijven leven. Het doden van een levensvatbare foetus is te kwalificeren als moord (impliceert opzet) op het ongeborn kind, overeenkomstig artikel 289 *juncto* 82a Sr.⁷⁸⁷

396. Medische onzorgvuldigheden zijn doorgaans onopzettelijk, dus voor het doden van een foetus door een foutieve gedraging, biedt dit artikel geen juridische basis. Ook voor het toebrengen van letsels aan een foetus ontbreekt een rechtsgrond. "Geen feit is strafbaar dan uit kracht van een

⁷⁸⁰ Art. 70, lid 1, 2° en 71 Sr.

⁷⁸¹ Art. 96 BIG-wet.

⁷⁸² Art. 309 Sr; Ter vergelijking, in België kan de strafrechter geen algemeen beroepsverbod uitspreken. Voor bepaalde misdrijven (zoals zedendelicten of drugsmisdrijven) geldt dit als een facultatieve straf; Enkel de Orde van geneesheren kan een schorsing van de beroepswerkzaamheden van maximum twee jaar opleggen als tuchtsanctie tegen een arts, cfr. art. 16 KB nr. 79 van 10 november 1967 betreffende de Orde der geneesheren, *BS* 14 november 1967.

⁷⁸³ Corr. Alkmaar 24 september 2012, rolnr. 14-701283-11, LJN BX8124.

⁷⁸⁴ Amsterdam 17 juni 2014, rolnr. 23-004267-12, ECLI:NL:GHAMS:2014:2280, met noot D.J.P. VAN BARNEVELD, *Ned. T.Gez.* 2014, 520-535.

⁷⁸⁵ *Onder een ander, of een kind bij of kort na de geboorte, van het leven beroven wordt begrepen: het doden van een vrucht die naar redelijkerwijs verwacht mag worden in staat is buiten het moederlichaam in leven te blijven.*

⁷⁸⁶ C.P.M. CLEIREN en J.F. NIJBOER, *Tekst en Commentaar op het Wetboek van Strafrecht*, Deventer, Kluwer 2004, 491.

⁷⁸⁷ Rb. Rotterdam 27 februari 2007, LJN AZ9374.

daaraan voorafgegane strafbepaling”.⁷⁸⁸ Het legaliteitsbeginsel noodzaakt dat misdrijven tegen een foetus expliciet in de wet geregeld zijn. Een analogieredenering gaat dus niet op. W.L.J.M. Duijst pleit wel voor een vooruitstrevende visie en verdedigt de stelling dat als het leven van een levensvatbaar kind wordt beschermd ook de lichamelijke integriteit wordt beschermd.⁷⁸⁹ Jurisprudentieel is de strafrechtelijke bescherming van de foetus niet verder ontwikkeld. Ook de rechtspraakanalyse bracht geen zaken op waar deze problematiek onderwerp van beoordeling was.

C.2.2. De fout (schuld)

397. Net zoals in België hanteren de Nederlandse rechters het objectief criterium in de bepaling van de *culpa* van de dader.⁷⁹⁰ Maar er is geen aansprakelijkheid bij het begaan van een lichte fout, het moet gaan om grove schuld (*culpa lata*) of een aanmerkelijke onzorgvuldigheid. Binnen de medische aansprakelijkheid mag men van de zorgverlener de zorgvuldigheid verwachten die van de goede zorgverlener in het algemeen mag verwacht worden. Deze omschrijving is zeer vaag, zodat de appreciatiebevoegdheid van de rechter aanzienlijk is.⁷⁹¹

398. De Aanwijzing bepaalt verder dat “de zorgverlener moet handelen conform de eisen die gesteld mogen worden aan een redelijk bekwaam beroepsgenoot. Gelet op zijn functie heeft iedere zorgverlener een bijzondere zorgplicht die ingevuld moet worden door de stand van de wetenschap ten tijde van het desbetreffende handelen met inachtneming van hetgeen toen in zijn beroepsgroep als professionele norm gold”. Voor een strafrechtelijke veroordeling wegens onopzettelijke slagen en verwondingen of doding is vereist dat de verdachte niet de voorzichtigheid en zorgvuldigheid heeft genomen, die hij in acht had moeten nemen en dat hij onder die omstandigheden anders had kunnen en moeten handelen.

C.2.3. Het causaal verband met de schade

399. De *conditio sine qua non*-leer voor de evaluatie van het causaal verband kent onverkort toepassing in het strafrecht.⁷⁹²

400. De misdrijven ‘doding door schuld’ en het ‘toebrengen van een zwaar lichamelijk letsel door schuld’, vereisen een causaal verband.⁷⁹³ Er moet met andere woorden een direct verband bestaan tussen de gedraging of het nalaten van een verdachte en het ingetreden gevolg, dit is de dood

⁷⁸⁸ Art. 1, lid 1 Sr.

⁷⁸⁹ W.L.J.M. DUIJST, *Gezondheidsrecht en strafrecht*, Deventer, Kluwer, 2009, 77-78.

⁷⁹⁰ M.M. DOLMAN, *Overmacht in het stelsel van strafuitsluitingsgronden*, Nijmegen, Wolf Legal Publishers, 2006, 9-19.

⁷⁹¹ J.K.M. GEVERS *et.al.*, *Handboek Gezondheidsrecht Deel II: Gezondheidszorg en Recht*, 396-397.

⁷⁹² N.J.M. KWAKMAN, “De causaliteit in het strafrecht: Het vereiste van *conditio sine qua non* als enige bruikbare criterium”, *Ned. Juristenblad* 2007, 992-999.

⁷⁹³ Art. 307-309 Sr.

respectievelijk het zwaar lichamelijk letsel door de schuld van de verdachte. Zonder bewijs voor het causaal verband kan geen strafrechtelijke veroordeling worden uitgesproken.⁷⁹⁴

C.3. Voorwaarden voor strafrechtelijke aansprakelijkheid in Frankrijk

C.3.1. Algemeen

401. De strafrechtelijke vervolging van een zorgverlener blijft in Frankrijk zijn belang behouden. Procedures worden sterk gemediatiseerd en door de hervorming van het begrip ‘strafrechtelijke fout’ in 2000, is de appreciatiebevoegdheid van de rechter verruimd.⁷⁹⁵

§1. Soort misdrijf

402. Net zoals in België gaat het OM zorgverleners vooral vervolgen wegens onopzettelijke doding (artikel 221-6 *Code pénal*), onopzettelijke slagen en verwondingen (artikel 222-19 en 222-20 *Code pénal*) en schuldig verzuim (artikel 223-6 *Code pénal*). De verjaringstermijn voor deze misdrijven bedraagt drie jaar vanaf de feiten.⁷⁹⁶

403. Ook in Frankrijk behoort, naast een celstraf en een geldboete, het beroepsverbod (voor een bepaalde periode) tot de mogelijke straffen voor een veroordeelde zorgverlener.⁷⁹⁷ Het hof van beroep van Aix-en-Provence bijvoorbeeld legde een gynaecoloog een beroepsverbod op van zes maanden wegens onopzettelijke slagen en verwondingen aan een baby door persisterend gebruik van een ventouse (vacuümextractor).⁷⁹⁸ Een gynaecoloog die ondanks de aanwezigheid van een patiënte met een postpartumbloeding (ook bij haar eerste bevalling), niet het resultaat van het bloedonderzoek afwachtte, maar het ziekenhuis verliet en dus niet kon ingrijpen bij een nieuwe bloeding, werd veroordeeld voor onopzettelijke doding. Hij kreeg een levenslang beroepsverbod.⁷⁹⁹

§2. Strafrechtelijke bescherming van de foetus

404. Net zoals in Nederland start de strafrechtelijke bescherming van de foetus pas bij de geboorte, als de foetus levend geboren wordt. Dit blijft de vaststaande rechtspraak van het Hof van Cassatie.⁸⁰⁰ Als het kind niet levend geboren wordt, kan een zorgverlener geen strafrechtelijke aansprakelijkheid oplopen.

⁷⁹⁴ Art. 307-309 Sr.

⁷⁹⁵ T. CASSUTO, “Réflexions sur la pratique de la responsabilité médicale en matière pénale”, *AJ pénal* 2009, 337.

⁷⁹⁶ Art. 8 *Code de procédure pénale*.

⁷⁹⁷ Art. 131-27 *Code pénal*.

⁷⁹⁸ Aix-en-Provence 24 januari 2011, voorziening afgewezen door Cass. 13 december 2011, N° 11-82313.

⁷⁹⁹ Versailles 15 februari 2012, voorziening afgewezen door Cass. 22 mei 2013, N° 12-82734.

⁸⁰⁰ Cass. 27 juni 2006, N° 05-83767.

Het hof van beroep van Bordeaux bevond alleen het ziekenhuis burgerlijk aansprakelijk voor de fouten van de vroedvrouw en de gynaecoloog.⁸⁰¹ Deze laatste voerde laattijdig een sectio uit en de vroedvrouw miskende de foetale stress. Gelet op het feit dat er ook sprake was van een *mors in utero*, sprak de correctionele rechtbank van Bordeaux de vroedvrouw en de gynaecoloog vrij van onopzettelijke doding.⁸⁰²

Het hof van beroep van Angers sprak een vroedvrouw vrij van onopzettelijke doding, daar de fout van de vroedvrouw in het interpreteren van foetale monitoring geen strafrechtelijke fout uitmaakte en het betrof uiteindelijk een *mors in utero*, dus de foetus was nog niet strafrechtelijk beschermd.⁸⁰³

Het Hof van Cassatie vernietigde de veroordeling van een gynaecoloog voor het onopzettelijke doden van een foetus van 21 weken. Hij verwarde twee patiëntes en in zijn poging om een spiraal te verwijderen, brak hij de vliezen. De foetus was niet levensvatbaar.⁸⁰⁴

C.3.2. De fout (schuld)

405. Vóór de hervorming van 1996, gold het principe van de *culpa levissima*. Zowel het begaan van een *imprudence/négligence* of het doelbewust in gevaar brengen van iemand (*mise en danger délibérée de la personne d'autrui*) kon leiden tot strafrechtelijke aansprakelijkheid. De rechter kon naargelang de zwaarte van de fout wel de strafmaat aanpassen binnen de wettelijk voorziene strafsancities. De eerste hervorming van artikel 121-3 *Code pénal* in 1996 verdeelde de strafrechtelijke fout in meerdere categoriën.⁸⁰⁵ De onopzettelijke fout kon voortaan twee dimensies aannemen. Het kennelijk bewust in gevaar brengen van iemand door het schenden van een wettelijke of reglementaire plicht tot voorzichtigheid, is een *faute délibérée*. Het begaan van een onvoorzichtigheid/nalatigheid wegens schending van de algemene zorgvuldigheidsplicht, is een *faute simple* geworden. En een *faute simple* kan enkel nog leiden tot veroordeling, indien de dader niet de zorgvuldigheid had geboden, die van hem mocht verwacht worden, gezien zijn competenties en beschikbare middelen.⁸⁰⁶

⁸⁰¹ Bordeaux 26 oktober 2009, rolnr. 08/00538, voorziening afgewezen door Cass. 24 november 2011, N° 09-73.059.

⁸⁰² Corr. Bordeaux 26 juli 2002, afhandeling burgerlijke belangen Bordeaux 26 oktober 2009, rolnr. 08/00538, voorziening afgewezen door Cass. 24 november 2011, N° 09-73.059.

⁸⁰³ Angers 2 september 2003, voorziening afgewezen door Cass. 4 mei 2004, N° 03-86175.

⁸⁰⁴ Lyon 13 maart 1997, vernietigd door Cass. 30 juni 1999, N° 97-82351.

⁸⁰⁵ Loi n° 96-393 du 13 mai 1996 relative à la responsabilité pénale pour des faits d'imprudence ou de négligence, JO 14 mei 1996; Wijziging van art. 121-3, lid 3 *Code pénal*: *Il y a également délit, lorsque la loi le prévoit, en cas d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou les règlements sauf si l'auteur des faits a accompli les diligences normales compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait.*

⁸⁰⁶ Y. MAYAUD, "Les délits non intentionnels en matière pénale", *RDSS* 2008, 49-50.

406. De wet Fauchon van 10 juli 2000 voegde een derde categorie toe, zich situerend tussen bovenvermelde fouten.⁸⁰⁷ Begaat een persoon een *faute simple*, die slechts op indirecte wijze de schade heeft veroorzaakt, dan kan die persoon slechts strafrechtelijk veroordeeld worden indien er sprake is van een *faute caractérisée*. Dit is dan door onvoorzichtigheid een persoon hebben blootgesteld aan een bijzonder ernstig risico, dat men niet kon negeren (*exposant autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer*).⁸⁰⁸ Deze wetswijziging depenaliseerde de *culpa levissima*. Een eenvoudige diagnostische fout of het verlies van een kans kan geen aanleiding geven tot strafrechtelijke aansprakelijkheid.⁸⁰⁹

C.3.3. Het causaal verband

407. Met de wet Fauchon verliet de Franse wetgever de theorie van het vaststaand causaal verband tussen de schuld en de schade. Als het handelen van de zorgverlener de directe oorzaak van de schade is, dan volstaat een 'lichte fout' voor aansprakelijkheid (zoals ook het geval is in de burgerlijke aansprakelijkheid). Nieuw is dat bij aanwezigheid van een indirect causaal verband enkel het begaan van een opzettelijke fout of een zware fout kan leiden tot een veroordeling. Er is dus sprake van een dualistisch regime. Het soort van causaal verband tussen de foutieve gedraging en de schade moet dus eerst worden nagegaan, vóór de kwalificatie van de fout.⁸¹⁰

C.4. Besluit

408. Men zou kunnen stellen dat de Belgische zorgverlener heeft meest risico loopt op een strafrechtelijke veroordeling. In tegenstelling tot in België immers, kan een zorgverlener niet meer veroordeeld worden voor een *culpa levissima* in Frankrijk en in Nederland. Ook start in België de strafrechtelijke bescherming van de foetus bij het begin van de arbeid en niet zoals in de buurlanden op het moment van geboorte.

⁸⁰⁷ Loi n° 2000-647 10 juillet 2000 tendant à préciser la définition des délits non intentionnels, JO 11 juli 2000.

⁸⁰⁸ Wijziging van artikel 121-3, lid 4 *Code pénal*: Dans le cas prévu par l'alinéa qui précède, les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont, soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer.

⁸⁰⁹ P. HENNION-JACQUET, "La responsabilité pénale du praticien: pénalisation ou dépenalisation de la faute médicale?", RDSS 2015, 109-111; Y. MAYAUD, "Les délits non intentionnels en matière pénale", RDSS 2008, 53.

⁸¹⁰ Y. MAYAUD, "Les délits non intentionnels en matière pénale", RDSS 2008, 51-53; E. VERNY, "La responsabilité pénale au sein de l'équipe médicale", RDSS 2008, 60-62; D. BERTHIAU, "La faute dans l'exercice médical depuis la loi du 4 mars 2002", RDSS 2007, 773.

409. In Nederland volgt er enkel een veroordeling na het begaan van een *culpa lata* en is in medische zaken het vervolgingsbeleid van het parket al vrij restrictief. Het opstarten van een strafprocedure tegen een Nederlandse zorgverlener wordt hoe dan ook al beschouwd als een *ultimum remedium*, dus slechts bij het falen van de minnelijke afhandelingsmogelijkheden. Typerend voor Frankrijk zijn de verschillende dimensies van het strafrechtelijk foutbegrip.

D. No-fault vergoedingssysteem

410. Een grondige rechtsvergelijkende analyse van de *no-fault* vergoedingssystemen in België, Nederland en Frankrijk valt buiten het bestek van dit proefschrift. We belichten enkel de belangrijkste principes van de systemen en de criteria voor de toekenning van een schadevergoeding. Het grote voordeel van dit vergoedingsmechanisme is dat de patiënt een schadevergoeding kan bekomen (mits het voldoen aan verschillende voorwaarden) voor zijn schade opgelopen in het kader van gezondheidszorg, zonder dat hij via de rechter de aansprakelijkheid van een zorgverlener moet vorderen.

D.1. Het Belgische Fonds voor de Medische Ongevallen

D.1.1. Wettelijk kader

411. De oprichting van het Fond voor de Medische Ongevallen (FMO) verliep in België niet zonder slag of stoot.⁸¹¹ De wet van 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg bleef dode letter.⁸¹² Struikelblokken waren onder meer de verdeelsleutel die verzekeraars en de overheid moesten hanteren bij het verzamelen van het (start)kapitaal en de *una via*-aanpak. Pas in 2010 wezen de neuzen in dezelfde richting en was de realisatie van het FMO een feit.⁸¹³ Het FMO is bevoegd om kennis te nemen van medische ongevallen vanaf 2 april 2010.

412. Voor het slachtoffer is het zeer eenvoudig en kosteloos om een verzoek tot het FMO te richten. De afhandeling van het dossier binnen het jaar zou het slachtoffer in de richting van het FMO moeten sturen in de plaats van een jarenlang durende gerechtelijke procedure. Het slachtoffer behoudt wel de keuze (tweesporensysteem), zowel voor het opstarten van als tijdens een procedure. Het vigerende aansprakelijkheidsrecht zoals *supra* beschreven blijft aldus behouden. De aanvrager is wel verplicht om het rechtscollege dat zich buigt over de vordering tot schadevergoeding, in te lichten over de aanvraag bij het FMO. Omgekeerd moet de aanvrager het FMO ook informeren indien hij bij het gerecht een vordering heeft ingesteld tot schadevergoeding (burgerlijke vordering of afhandeling burgerlijke belangen bij een strafprocedure).⁸¹⁴

⁸¹¹ Basiswerken: T. VANSWEEVELT, “De Wet Medische Ongevallen”, in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek gezondheidsrecht*, Volume I, Antwerpen, Intersentia, 2014, 1579-1666. (hierna T. VANSWEEVELT, *De Wet Medische Ongevallen*); T. VANSWEEVELT, “De Wet Medische Ongevallen: de krachtlijnen, de filosofie en het toepassingsgebied”, in I. BOONE en S. LIERMAN (eds.), *Vergoeding van slachtoffers van medische ongevallen. Praktijgerichte analyse van de wet van 31 maart 2010*, Antwerpen, Intersentia, 2011, 1-38.

⁸¹² Wet 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, *BS* 6 juli 2007.

⁸¹³ Wet 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, *BS* 2 april 2010, hierna Wet Medische Ongevallen.

⁸¹⁴ Art. 12, §6 Wet Medisch Ongevallen.

413. De aanvraag moet aan het FMO worden gericht binnen de vijf jaar, te rekenen vanaf de dag volgend op de dag waarop de aanvrager kennis heeft gehad van de schade waarvoor een vergoeding wordt gevraagd, of van de verzwarende ervan, en van de identiteit van de persoon die de schade heeft veroorzaakt, of na meer dan twintig jaar te rekenen van de dag volgend op de dag waarop het feit dat de schade heeft veroorzaakt zich heeft voorgedaan.⁸¹⁵

414. Gelijkaardig als bij de patiëntenrechtenwet is het materiële toepassingsgebied van de wet vrij ruim: alle verstrekkingen van de gezondheidszorg in causaal verband met de schade, uitgezonderd experimenten op de mens en de esthetische verzorging (buiten de nomenclatuur).⁸¹⁶ Alle verloskundige zorg verleend door vroedvrouwen en gynaecologen valt onder het toepassingsgebied. Het FMO is ook bevoegd om kennis te nemen van *wrongful-birth*, *wrongful-pregnancy*- en *wrongful-life*-vorderingen.⁸¹⁷

415. Na een grondige expertise, brengt het FMO een advies ter kennis van de verzoeker.⁸¹⁸ Het FMO kan 3 drie mogelijke adviezen uitbrengen:

1. er is een medisch ongeval met aansprakelijkheid van de zorgverlener (MOMA);
2. er is een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid (MOZA);
3. het is geen van beide.

416. Een ‘medisch ongeval zonder aansprakelijkheid’ is “een ongeval dat verband houdt met een verstrekking van gezondheidszorg dat geen aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van een zorgverlener, dat niet voortvloeit uit de toestand van de patiënt en dat voor de patiënt abnormale schade met zich meebrengt”.⁸¹⁹

417. De essentiële voorwaarde voor een MOZA is de aanwezigheid van *abnormale schade*. Dit is schade die zich niet had moeten voordoen, rekening houdend met 1) de huidige (hoogste) stand van de wetenschap en 2) de toestand van de patiënt en diens objectief voorspelbare evolutie. Inherente, voorspelbare schade daarentegen valt niet onder deze noemer. Relevant voor verloskundige dossiers is dat een verkeerde diagnose zonder fout geen MOZA kan uitmaken.⁸²⁰

⁸¹⁵ Art. 12, §4 Wet Medische Ongevallen.

⁸¹⁶ T. VANSWEEVELT, *De Wet Medische Ongevallen*, 1586-1602.

⁸¹⁷ Zie voor dit type van vorderingen: T. VANSWEEVELT, *De aansprakelijkheid van de arts en het ziekenhuis voor eigen gedrag*, 1394-1404.

⁸¹⁸ Zie voor het verloop van de expertise bij het FMO: S. TACK en J. VAN ROMPAY, “Het deskundigenonderzoek naar medische fouten” in M. EGGERMONT (ed.), *Verloskunde in beweging III: de kracht van consensus*, Antwerpen, Intersentia, 2016, 100-107. (hierna: S. TACK en J. VAN ROMPAY, *Het deskundigenonderzoek naar medische fouten*).

⁸¹⁹ Art. 2, §7 Wet Medische Ongevallen.

⁸²⁰ Art. 2, 7° Wet Medische Ongevallen.

418. Schematisch gezien laten de criteria voor abnormale schade zicht als volgt samenvatten:

1. De schade is een gevolg van zorgverstrekking
en
2. de schade is geen gevolg van de oorspronkelijke pathologie/toestand van de patiënt
en
3. de schade is geen gevolg van een verkeerde diagnose zonder fout
en
4. de schade is geen gevolg van therapeutisch falen
EN
5. ofwel: de schade had zich niet moeten voordoen volgens de huidige stand van de wetenschap
6. ofwel: de schade had zich niet moeten voordoen rekening houdend met de toestand van de patiënt en zijn objectief voorspelbare evolutie.

419. Voor zijn beoordeling wendt het FMO-indicatoren aan, die een eenduidige motivatie van de adviezen mogelijk maken en tot een grotere transparantie leiden. In de eerste indicator (de huidige stand van de wetenschap) gaat het FMO vooral na of de schade vermijdbaar was door de behandelingstechniek te evalueren. In de tweede indicator (de toestand van de patiënt en zijn objectief voorspelbare evolutie) gaat het FMO de begintoestand, het doel van de zorgverstrekking, de zorgverstrekking zelf en de eindtoestand tegen elkaar afwegen.⁸²¹

420. Het FMO zal pas een vergoeding uitkeren in geval van:

1. een MOZA en de ernstgraad is bereikt;
2. een MOMA:
 - wanneer de verzekeraar van de zorgverlener de aansprakelijkheid betwist;
 - wanneer de verzekeraar een kennelijk ontoereikend vergoedingsvoorstel doet;
 - wanneer de zorgverlener niet of onvoldoende verzekerd is.⁸²²

421. De ernstgraad is bereikt als aan één van de volgende criteria is voldaan:

- een blijvende invaliditeit van gelijk of meer dan 25%;
- een tijdelijke arbeidsongeschiktheid van minstens zes opeenvolgende maanden of zes maanden in een periode van een jaar;
- bijzonder zware verstoring (ook economisch) van de levensomstandigheden;
- overlijden.⁸²³

⁸²¹ M. HONINCKX en M. WILLEMS, "Het Fonds voor de Medische Ongevallen" in M. EGGERMONT (ed.), *Verloskunde in beweging III: de kracht van consensus*, Antwerpen, Intersentia, 2016, 50-52.

⁸²² Art. 4 Wet Medische Ongevallen; T. VANSWEEVELT, *De Wet Medische Ongevallen*, 1604-1624.

⁸²³ Art. 5 Wet Medische ongevallen.

422. Het FMO heeft steeds een doorverwijzingsrecht. Dit betekent dat wanneer de feiten, die aan de oorsprong liggen van de schade als gevolg van gezondheidszorg, het rechtvaardigen, het Fonds het dossier doorgeeft aan de bevoegde administratieve, tuchtrechtelijke of gerechtelijke overheden.⁸²⁴

*D.1.2. Stand van zaken in de verloskundige dossiers*⁸²⁵

423. Op het einde van 2015 stond de teller op 3170 ingediende dossiers bij het FMO. Al 2752 dossiers ondergingen een eerste analyse wat betreft het *soort van zorgverlener*. Gynaecologie en verloskunde vertegenwoordigen slechts 7,5 % van de dossiers. Er waren drie vroedkundige ongevallen, dus waarbij enkel een vroedvrouw betrokken was.

Zorgverleners: prognose na eerste analyse	
Aantal	
Orthopedie	750
Algemene chirurgie	241
Gynaecologie-verloskunde	210
Neurochirurgie	208
Anesthesie	129
...	
Vroedkundige	3
...	
TOTAAL	2752

⁸²⁴ Art. 19 Wet Medische Ongevallen.

⁸²⁵ M. HONINCKX en M. WILLEMS, "Het Fonds voor de Medische Ongevallen" in M. EGGERMONT (ed.), *Verloskunde in beweging III: de kracht van consensus*, Antwerpen, Intersentia, 2016, 54-56; RIZIV, *Activiteitenverslag van het Fonds voor de Medische Ongevallen 2015*, Brussel, Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, 2016.

424. Bij eindadvies van 544 dossiers blijken de gynaecologische-verloskundige gevallen zeven procent (39/544) te vertegenwoordigen.

Zorgverleners: bij eindadvies	Aantal
Orthopedie	154
Algemene chirurgie	56
Neurochirurgie	41
Gynaecologie-verloskunde	39
Anesthesie	30
...	
TOTAAL	544

425. Wat betreft de *soort van handeling*, ondergingen 2798 dossiers een eerste analyse. Slechts in twee procent (59/2798) van de dossiers gaat het over een verloskundig incident.

Incident: prognose na eerste analyse	Aantal	%
Invasieve-behandelingsincident	1757	62,8
Niet-invasieve behandelingsincident	612	21,9
Niet nader bepaald	133	4,8
Medicatie-incident	100	3,6
Anesthesie-incident	84	3
Obstetrisch incident	59	2
Instellingsincident (materieel, structuur)	25	0.9
Oncologisch incident	11	0.4
Radiotherapie-incident	8	0.3
Contraststofincident	5	0.2
Nierdialyse-incident	4	0.1
TOTAAL	2798	

426. De volgende tabel geeft een overzicht van de soort van problematiek die zich bij de 59 verloskundige incidenten voordeed. In dertig procent (18/59) van de dossiers was er sprake van foetale nood/zuurstoftekort en in 27 % (16/59) een traumatische verlossing (bijvoorbeeld een verlossing met een ventouse).

Eerste analyse: detail obstetrisch incident	Aantal
Foetale nood/zuurstoftekort	18
Andere traumatische verlossing	16
Foetale ligging (stuit, schouder,...)	8
Niet nader bepaald	5
Rectumscheur	3
Placentaloslating, bloeding	2
Voortijdige verlossing	2
Uterusruptuur	2
Vaginascheur (zonder rectumscheur)	2
Navelstrengomstrengeling	1
TOTAAL	59

427. Bij eindadvies zijn er slechts tien dossiers (10/59) onderzocht. Het nemen van conclusies inzake het beleid van het FMO bij de beoordeling van verloskundige incidenten is bijgevolg voorbarig. Het aandeel van de verloskundige incidenten ten opzichte van het totaal aantal dossiers is in elk geval wel klein.

D.2. Geen Nederlands *no-fault* systeem

428. De Nederlandse overheid is geen voorstander van een juridisch platform voor foutloze aansprakelijkheid. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport Edith Schippers gaf in een brief van 2011, gericht aan de Tweede Kamer, de voornaamste redenen aan. In het Nederlandse rechtssysteem draagt iedereen zijn eigen schade, behalve indien een derde aansprakelijk is of indien er dekking is van een verzekering. Dus voor vergoeding van medische schade is er aansprakelijkheid vereist. Een *no-fault* systeem met een nationaal schadefonds dat schadevergoeding toekent zonder de aanwezigheid van schuld of toerekenbaarheid zou indruisen tegen bovenvermeld uitgangspunt.⁸²⁶

429. SP-Tweede Kamerlid Renske Leijten is dit standpunt niet genegen. Zij wil een compensatiefonds in het leven roepen dat schadevergoeding toekent aan slachtoffers van een medisch incident. Er zouden verschillende raakvlakken zijn met het Belgische en Franse systeem. Het tweesporenbeleid, de kosteloosheid voor het slachtoffer, het fonds als overheidsorgaan (onderdeel van de Inspectie voor de Gezondheidszorg) en de mogelijkheid tot regresvordering tegen de verantwoordelijke zorgverlener zijn enkele voorbeelden.⁸²⁷ Het startkapitaal van 100 miljoen euro zouden de medische verzekeraars moeten op tafel leggen.⁸²⁸

430. Een compensatiefonds zou ook de afhandeling van medische claims kunnen bespoedigen.⁸²⁹ Dit argument viel wat in het water, omdat bijna gelijktijdig met de lancering van het idee van een compensatiefonds, de BA-verzekeraar MediRisk en letselschadespecialist Pals groep een overeenkomst zijn aangegaan, waarin versnelling van de afhandeling van het proces na een medische fout centraal staat. *Case closed* in minder dan twee jaar zou het doel worden. De contractuele afspraken sluiten tevens aan bij de ‘Gedragscode openheid medische incidenten’ (GOMA). Door het volgen van deze gedragscode zou de afhandeling van medische claims in een stroomversnelling moeten raken.⁸³⁰

431. Minister Schippers is niet overtuigd van de voordelen van een compensatiefonds en herhaalde in een brief van eind 2012, aan de Tweede Kamer, haar eerder ingenomen standpunt. *No-fault* systemen zijn ook niet de oplossing voor alle problemen. Niet elke claim kan worden toegewezen.⁸³¹

⁸²⁶ Brief dd. 10 oktober 2011 van minister Schippers aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal Den Haag, dossier 31765, Kwaliteit van zorg nr. 52.

⁸²⁷ “Leijten wil compensatiefonds medische fouten”, *Assurantiemagazine* 10 september 2012.

⁸²⁸ “SP wil fonds voor medische missers”, *Medisch contact* 28 augustus 2012.

⁸²⁹ “Compensatiefonds Medische Fouten moet zorgen voor snellere afwikkeling letselschade claims!”, *Letselschade Magazine* 7 september 2012, <http://www.letselschade.nl/medische-aspecten/compensatiefonds-medische-fouten-moet-zorgen-voor-snellere-afwikkeling-letselschade-claims/>.

⁸³⁰ <https://www.slachtofferhulp.nl/Actueel/GOMA-congres/>; Zie verder hoofdstuk V.2.1.

⁸³¹ Brief dd. 21 december 2012 van minister Schippers aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal Den Haag, PG/CI 3147678 en *NJB* 2013/604, afl. 12, 735.

432. Bijna vier jaar na de introductie van het idee van een compensatiefonds zijn de voorbereidende werkzaamheden nog niet opgestart, maar Leijten doekt het voorstel nog niet op. Op de expliciete vraag naar een stand van zaken antwoordde ze op 18 januari 2016: “Helaas zijn wij nog niet zo gevorderd met het wetsvoorstel dat het al in is ingediend. Daardoor is het nog niet openbaar terug te vinden. Wij hebben wel geprobeerd om een zelfde werking in de wet klachten en geschillen in de gezondheidszorg (wkggz) te krijgen, maar dat is door een meerderheid niet aanvaard”.

433. Het is onzeker of dit verhaal nog een vervolg krijgt.

D.3. Het Franse ONIAM

D.3.1. Wettelijk kader

434. Simultaan met de juridische regeling van de rechten van de patiënt, installeerde de Franse overheid in 2002 het *Office National d’Indemnisation des Accidents Médicaux, des Affections Iatrogènes et des Infections Nosocomiales* (ONIAM).⁸³² Het Franse model was de inspiratiebron voor het Belgische FMO. Het tweesporenbeleid en de schadecriteria zijn gelijkaardige principes. De opdracht van het ONIAM is echter veel ruimer. Naast de afhandeling van medische ongevallen van na 4 september 2001 behandelt het fonds ook specifieke verzoeken tot schadevergoeding omwille van een transfusie met HIV-besmet bloed en complicaties na verplichte vaccinaties, die niet onder de noemer van een ‘medisch ongeval’ vallen.⁸³³

435. Op zich zijn er drie soorten van claims: 1) wegens schade door een medisch ongeval met of zonder aansprakelijkheid, 2) wegens schade door een iatrogene oorzaak en 3) wegens schade door een nosocomiale (ziekenhuisgerelateerde) infectie. Schade door puur esthetische chirurgie valt ook niet onder het toepassingsgebied. Een medisch ongeval kan het gevolg zijn van een preventief optreden, van een diagnose of van verstrekte zorg. De ONIAM gebruikt als toetssteen de algemene gezondheidsprognose om na te gaan of een medisch ongeval al dan niet abnormale gevolgen heeft. De gevolgen worden als abnormaal beschouwd “wanneer er sprake is van een hiaat, een scheeftrekking tussen de realiteit van het voorval en wat redelijkerwijs kon worden gehoopt of gevreesd met betrekking tot de ziekte of een ziektedreiging”.⁸³⁴

⁸³² Loi n° 2002-303 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JO 5 maart 2012 en Loi n° 2002-1577 30 décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale, JO 31 december 2002, ingevoegd in de *Code de la santé publique* door de artikelen L.1142-4 tot en met L.1142-28; www.oniam.fr.

⁸³³ Zie voor een stand van zaken het jaarrapport van 2015: <http://www.oniam.fr/indemnisation-accidents-medicaux/rapport-d-activite>.

⁸³⁴ Verslag BURGEON, *Parl.St. Kamer* 2009-10, 2240/006, 14.

436. Het ONIAM neemt de kosten op zich van de werking van de verschillende regionale verzoenings- en vergoedingscommissies (*Commission de Conciliation et d'Indemnisation* (CCI)) en biedt hen de nodige administratieve ondersteuning bij de behandeling van de dossiers. Het keert ook de schadevergoeding uit bij medische ongevallen zonder aansprakelijkheid. Het is de CCI die de dossiers behandelt en de partijen probeert te verzoenen. Daarnaast is er nog de *Commission Nationale des Accidents Médicaux* (CNAMed), bevoegd voor de regeling van het deskundigenonderzoek. Deze commissie legt een lijst aan met experts, ontwikkelt aanbevelingen voor een goede expertise en stelt jaarlijks een activiteitenrapport op.

437. Een dossier krijgt geen gevolg, indien de schade niet beantwoordt aan de wettelijke criteria (eerste schifting). Bij twijfel, spreekt een expert zich uit over de ontvankelijkheid van het dossier. Als de wettelijke vereisten voldaan zijn, start een volwaardige tegensprekelijke expertise met een onderzoek van het slachtoffer en het horen van de betrokken partijen. Binnen de zes maanden na de objectieve vaststellingen van de expert, stelt de commissie een advies op betreffende de toekenning van schadevergoeding. Het slachtoffer mag op de beraadslaging van zijn dossier aanwezig of vertegenwoordigd zijn. Binnen de vier maanden na het advies van de commissie neemt het ONIAM of de betrokken verzekeraar een standpunt in qua dekking. Aanvaardt het slachtoffer de vergoeding, dan is er een betalingstermijn van één maand. Bij geen dekking of akkoord, is het slachtoffer vrij om het dossier aanhangig te maken bij de burgerlijke rechtbank.

438. Alleen schade die aan één van de volgende criteria beantwoordt, komt in aanmerking voor vergoeding:

- overlijden van het slachtoffer;
- een blijvende invaliditeit van meer van 24%;
- een tijdelijke arbeidsongeschiktheid van minstens zes opeenvolgende maanden of zes maanden in een periode van één jaar;
- een tijdelijk functioneel tekort/ongemak van gelijk of meer dan 50% gedurende minstens zes opeenvolgende maanden of zes maanden in een periode van één jaar.

439. Uitzonderlijk komen ook een definitieve ongeschiktheid om het beroep dat het slachtoffer beoefende voor het ongeval en bijzonder ernstige schade (inclusief economische) in aanmerking voor vergoeding.

D.3.1. Stand van zaken in de verloskundige dossiers

440. Het ONIAM kon geen specifieke informatie geven over verloskundige dossiers.⁸³⁵ Een feitelijke analyse behoort dus niet tot de mogelijkheden. Uit het jaarrapport van 2014 van het ORM, *Observatoire des risques médicaux*, dat een financiële analyse maakte van de 8647 behandelde dossiers in de periode 2008-2013, kunnen evenwel enkele algemene gegevens worden aangehaald.⁸³⁶

441. Slechts in tien dossiers (0,1%) was een vroedvrouw betrokken, tegenover 425 dossiers (5,1%) met gynaecologen. Het aandeel verloskundige dossiers is dus ook vrij beperkt. Deze dossiers vertegenwoordigen wel het op één na hoogste percentage sterftegevallen: bij de vroedvrouwen vijf overlijdens (50%) en één met een blijvende invaliditeit van gelijk of meer dan 25%; bij de gynaecologen waren er 119 overlijdens (28%), 246 zaken met een blijvende invaliditeit van minder dan 25% en 59 van gelijk of meer dan 25%.

442. Het ONIAM besloot tot een fout van de vroedvrouw in vijf gevallen (50%) en een fout van de gynaecoloog in 167 gevallen (39%). De *Assistance Publique des Hôpitaux de Paris* (APHP), de private verzekeraars en het ONIAM kenden samen in de tien dossiers in verband met vroedvrouwen meer dan één miljoen euro toe aan schadevergoeding. In de dossiers van de gynaecologen liep dit op tot meer dan 62 miljoen euro, doch slechts 6,2% van het totale uitgekeerde bedrag van meer dan één miljard euro.

443. Gezien de beperkte werkzaamheden van het Belgische FMO is het nog te vroeg om vergelijkende conclusies te trekken wat betreft de verloskundige dossiers.

⁸³⁵ Mail dd. 13 januari 2016 van Aicha Benarab, Assistante du Directeur de l'ONIAM: "*Je peux faire suite à votre demande en vous invitant à cliquer sur les deux liens ci-dessous afin de prendre connaissance des rapports d'activité de l'ONIAM et de l'ORS (Observatoire des Risques Médicaux) pour l'année 2014*".

⁸³⁶ <http://www.oniam.fr/indemnisation-accidents-medicaux/observatoire-des-risques-medicaux>.

E. De verzekeraarbaarheid van de prestaties van de vroedvrouw

444. Ook de BA-verzekeraar van de betrokken zorgverlener is van de partij bij een schadegeval.⁸³⁷ De verzekeraarbaarheid van de medische prestaties van de vroedvrouw beïnvloeden haar positie in het hedendaagse zorgmodel van België, Nederland en Frankrijk. De niet-verzekeraarbaarheid van de begeleiding van een vroedvrouw bij een bevalling, bijvoorbeeld, zou immers aanleiding geven tot de kwalificatie van die bevalling als een ‘gedeeld risico’ tussen de vroedvrouw en de patiënte. Dit zou haar werkterrein enorm kunnen verminderen. Het is niet ondenkbaar dat dit de patiënten zou afschrikken om nog een beroep op de vroedvrouw te doen. De financiële draagkracht van een vroedvrouw om over te gaan tot schadevergoeding is immers veel kleiner dan die van een verzekeraar. Aangezien zorginstellingen steeds een BA-verzekering voor hun personeelsleden-bedienden afsluiten (ziekenhuispolis), ligt de focus in hetgeen volgt vooral op de BA-verzekering van de zelfstandige vroedvrouw.⁸³⁸ Er wordt nagegaan of de vroedvrouw de plicht heeft om een verzekering aan te gaan, wat de waarborgen zijn, wat de omvang van de premie beïnvloedt en hoe de dekking zich in tijd en ruimte uitstrekt.

E.1. Wettelijke verplichting of aanbeveling

445. De Belgische zorgverleners zijn wettelijk niet verplicht om een burgerlijke aansprakelijkheidsverzekering te nemen. De Code van Geneeskundige plichtenleer legt de artsen, wel een deontologische plicht tot verzekeren op.⁸³⁹ Sinds april 2014 zijn alle zorgverleners er wel toe gehouden om hun patiënten te informeren over hun verzekeringsstatus, verzekerd of niet verzekerd.⁸⁴⁰ De zorgverlener moet niet uitweiden over het plafond van dekking of bepaalde uitsluitingen.⁸⁴¹

446. De Belgische vroedvrouwen worden vanuit de Vlaamse en Waalse beroepsorganisaties, de VBOV, de *Union Professionnelle des Sages-femmes Belges* (UPSfB) en de *Association Francophone des Sages-femmes Catholiques* (AFSfC), aangeraden om voor hun BA-verzekering de collectieve polis van Fidea te onderschrijven.⁸⁴² De beroepsorganisaties zijn hierbij de verzekeringnemers en hun leden-vroedvrouwen zijn de verzekerden.

⁸³⁷ Zie uitgebreid hoofdstuk V.3.5.

⁸³⁸ Een uitvoerige uiteenzetting over de BA-verzekering van de gynaecoloog, valt buiten het bestek van dit proefschrift, gezien de focus op de vroedvrouw ligt.

⁸³⁹ Art. 34, §2 Code Geneeskundige plichtenleer.

⁸⁴⁰ Art. 8/1 Wet 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, ingevoegd door art. 174 Wet 10 april 2014 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid, BS 30 april 2004.

⁸⁴¹ T. VANSWEEVELT en S. TACK, “Het recht op gezondheidstoestandinformatie en geïnformeerde toestemming” in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek gezondheidsrecht*, Volume II, Antwerpen, Intersentia, 2014, 377-378. (hierna: T. VANSWEEVELT en S. TACK, *Het recht op gezondheidstoestandinformatie en geïnformeerde toestemming*).

⁸⁴² <http://www.vroedvrouwen.be/nl/burgerlijke-aansprakelijkheid> en <http://sage-femme.be/etre-membre-upsfb/assurance-professionnelle/>; <https://www.fidea.be/nl/professioneel/aansprakelijkheid/>.

447. Ook volgens de Nederlandse wetgeving is er geen verplichting tot het afsluiten van een verzekering voor de verloskundige. De KNOV heeft op haar site een rubriek ‘verzekeringen’ waarin vooral wordt ingegaan op de te vervullen formaliteiten bij het wijzigen/beëindigen van een verzekering en de verschillende vormen van aansprakelijkheid waarin de verzekering tussenkomt.⁸⁴³ De wet ‘kwaliteit, klachten en geschillen zorg’ (Wkkgz) van 2015 verplicht de zorgverlener wel de patiënt te informeren over de gevolgen van een medisch incident en zijn/haar rechten inzake klachtenafhandeling, maar bevat geen specifieke bepaling over de plicht van de zorgverlener om de patiënt in te lichten over zijn/haar verzekeringsstatus.⁸⁴⁴

448. Op mijn expliciete vraag aan de KNOV of ze de aanbeveling doet aan haar leden tot het aangaan van een verzekering, antwoordde de KNOV (vrij vaag): “In Nederland is het afsluiten van een beroeps-aansprakelijkheidsverzekering niet wettelijk verplicht, maar kwalitatief goede en veilige zorg brengt met zich mee dat verloskundigen zich verzekeren voor beroepsaansprakelijkheid”.⁸⁴⁵ De KNOV heeft ook geen weet bij welke maatschappijen de verloskundigen vooral hun verzekering onderschrijven.⁸⁴⁶ Aangezien de KNOV geen notie heeft van een specifieke verzekeraar voor de verloskundigen, is het koffiedik kijken naar de marktspelers van verzekeringen voor vroedvrouwen.⁸⁴⁷ De VvAA profileert zich als ‘ledenorganisatie en dienstverlener in het hart van de gezondheidszorg’ en biedt verzekeringen aan op maat van de zorgverlener, zo ook de verloskundige. Uit een chatgesprek met een VvAA-dienstverlener blijkt dat ze een “aardige portefeuille” hebben qua individuele polissen aan zelfstandige verloskundigen.⁸⁴⁸

449. Alle Franse zorgverleners zijn, sinds de invoering van de wet op de patiëntenrechten in 2002, verplicht om een verzekering tegen burgerlijke aansprakelijkheid aan te gaan. Professioneel actief zijn zonder verzekering kan tuchtrechtelijk gesanctioneerd worden.⁸⁴⁹ Bovendien riskeert de zorgverlener een boete van 45.000 euro en een beroepsverbod, indien hij/zij zonder verzekering een gezondheidsberoep uitoefent.⁸⁵⁰

⁸⁴³ [www.knov.nl/Werk & organisatie/Organisatie van het werk/Verzekeringen](http://www.knov.nl/Werk_&_organisatie/Organisatie_van_het_werk/Verzekeringen).

⁸⁴⁴ Zie uitgebreid randnummers 323-328.

⁸⁴⁵ Mail dd. 24/4/2017 van Barbara Bekker, Coördinator Ledenservice, KNOV.

⁸⁴⁶ Mail dd. 24/5/2017 van Katja van Ieperen, medewerker helpdesk, KNOV: “Wij zijn niet op de hoogte bij welke verzekeraar de meeste verloskundigen verzekerd zijn voor een beroepsaansprakelijkheidsverzekering”.

⁸⁴⁷ Een eenvoudige zoekactie op het internet leverde de VvAA, de Vereniging van Artsen en Automobilisten, op als resultaat; MediRisk, een grote speler in de Nederlandse verzekeringsmarkt, verzekert zorginstellingen en niet de individuele zorgverlener. MediRisk is geen traditionele verzekeraar maar een onderlinge waarborgmaatschappij van ziekenhuizen voor de verzekering van medische aansprakelijkheid, zonder winstoogmerk. Ongeveer de helft van de algemene ziekenhuizen heeft zich bij MediRisk aangesloten, zie <https://www.medirisk.nl/over-medirisk>.

⁸⁴⁸ Chatgesprek met VvAA-dienstverlener op 24/5/2017, <https://www.vvaa.nl/verzekeringen/beroepsaansprakelijkheidsverzekering/verloskundigen>.

⁸⁴⁹ Art. L.1142-2 *Code de la santé publique*, ingevoegd door art. 100 *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, JO 5 maart 2002.

⁸⁵⁰ Art. L.1142-25 *Code de la santé publique*.

450. Net zoals in België voerde de Franse overheid zeer recentelijk de plicht in voor de zorgverlener om de patiënt in te lichten over de verzekeringsstatus.⁸⁵¹

451. De beroepsorganisatie *Association Nationale des Sages-femmes Libérales* (ANSFL) had niet meteen weet van een standaardcontract bij een specifieke maatschappij, maar verwees door naar de verzekeraar *Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles* (SHAM).⁸⁵² Dit is een medische verzekeraar voor zowel patiënten, zorginstellingen als individuele zorgverleners zoals de vroedvrouw.⁸⁵³ De collectieve polis voor de zelfstandige vroedvrouwen is afgesloten met verzekeringnemer AIAS (*Association Interprofessionnelle des Acteurs du Soin et du Social*), waarmee de ANSFL een samenwerking aanging.⁸⁵⁴

452. De zorgverlener, op straffe van een geldboete (naar Frans voorbeeld), verplichten om een BA-verzekering af te sluiten schiet zijn doel voorbij. In het huidige zorglandschap van België, Nederland en Frankrijk mag aangenomen worden dat zorgverleners voldoende integriteit en beroepsernst hebben, om te weten dat ook zij een fout/onzorgvuldigheid kunnen maken en dat bijgevolg het afsluiten van een verzekering gewoon een administratief gegeven is. De verzekering dient immer niet om de zorgverlener financieel te belasten, maar wel om de financiële gevolgen van schade toegebracht in het kader van de beroepsuitoefening op te vangen. Dit laatste ter bescherming van de patiënt en diens nabestaanden, maar vooral ook van de zorgverlener zelf. Dat elke zorgverlener de patiënt moet informeren over zijn/haar verzekeringstatus ligt in het verlengde van de ruime informatieplicht van de zorgverlener inzake de gezondheidstoestand van de patiënt. Patiënten hebben het recht om te weten hoeveel een interventie/ingreep zal kosten, logischerwijze hebben ze ook het recht om te weten dat bij een medisch incident, er desgevallend wel/geen verzekering van de zorgverlener zal kunnen tussenkomen. Dergelijke soort van informatie creëert een keuze voor de patiënt om de interventie bij die bepaalde zorgverlener te laten uitvoeren of een andere zorgverlener te consulteren.

⁸⁵¹ Art. L.1111-3-6 *Code de la santé publique*, ingevoegd door art. 217 *Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé*, JO 27 januari 2016.

⁸⁵² Mail dd. 25/05/2017 van Laurence Platel van de ANSFL: “Nous n'avons pas de contrat type à vous proposer. Nous allons essayer d'obtenir un contrat par un de nos adhérents. Mais peut être pourriez-vous vous adresser à la SHAM.”

⁸⁵³ <http://www.sham.fr/Vous-etes/Professionnel-de-sante/Liberal-ou-mixte/101-Responsabilite-civile-professionnelle>.

⁸⁵⁴ <http://www.aias.fr/garanties/qui-protegeons-nous/soin>.

E.2. Waarborg en uitsluiting

453. De Belgische BA-verzekering van Fidea dekt per schadegeval en per verzekeringsjaar maximaal tot 7,5 miljoen euro. De waarborg voor de zelfstandige vroedvrouw omvat:

- Rechtsbijstand bij gerechtelijke procedures;
- Contractuele en buitencontractuele aansprakelijkheid opgelopen ten gevolge van:
 - het stellen van medische handelingen waarvoor ze bevoegd is. Uitgesloten zijn het stellen van medische handelingen met bevoegdheidsoverschrijding, tenzij de vroedvrouw ten opzichte van de verzekeraar kan aantonen ‘verschoonbaar onwetend’ te zijn van het feit dat deze handeling haar verboden was;⁸⁵⁵
 - het plegen van schuldig verzuim, maar enkel en alleen als een speciaal daarvoor ingerichte commissie⁸⁵⁶ van oordeel is dat het schuldig verzuim niet opzettelijk werd gepleegd;⁸⁵⁷ De commissie beoordeelt of de daad gewild was;⁸⁵⁸
 - het uitvoeren van voetreflexologie, homeopathie,⁸⁵⁹ acupunctuur,⁸⁶⁰ inclusief moxibution⁸⁶¹ en het masseren van de meridianen⁸⁶²;
 - het uitvoeren van thuisbevallingen door een vroedvrouw, die minder dan twee jaar is afgestudeerd, als ze zich in die twee jaar heeft laten assisteren door een “senior vroedvrouw met ervaring met bevallingen”;
- aansprakelijkheid voor daden van personen waarvoor zij moeten instaan (bijvoorbeeld stagiairs) en voor de zaken die zij onder hun bewaring hebben.⁸⁶³

⁸⁵⁵ Deze bepaling refereert naar art. 62, lid 2 Wet 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, *BS* 30 april 2014, hierna Verzekeringswet, waarbij de verzekeraar zich kan bevrijden voor de gevallen van grove schuld die op uitdrukkelijke en beperkende wijze in de verzekeringsovereenkomst zijn bepaald.

⁸⁵⁶ Bestaande uit een onafhankelijke gynaecoloog, een onafhankelijke vroedvrouw, een juridisch adviseur van de VBOV en een vertegenwoordiger van Fidea.

⁸⁵⁷ Voor schuldig verzuim (artikel 422bis Sw.) is het moreel element van opzet vereist.

⁸⁵⁸ Deze bepaling refereert naar art. 62, lid 1 Verzekeringswet, waarbij de verzekeraar niet kan verplicht worden dekking te verlenen aan hem die het schadegeval opzettelijk heeft veroorzaakt; G. JOCQUÉ, “Actualia verzekeringsrecht” in T. VANSWEEVELT en B. WEYTS (eds.) *Actuele ontwikkelingen in het aansprakelijkheidsrecht en verzekeringsrecht*, Antwerpen, Intersentia, 2015, 26-28.

⁸⁵⁹ Alleen met registratie, overeenkomstig het KB 26 maart 2014 betreffende de uitoefening van de homeopathie, *BS* 12 mei 2014.

⁸⁶⁰ Acupunctuur is een niet conventionele praktijk overeenkomstig de Wet 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artseneijbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen, *BS* 24 juni 1999; er is nog geen uitvoeringsbesluit.

⁸⁶¹ Dit is een acupunctuurtechniek.

⁸⁶² Dit is een massage van de drukpunten van de banen van het lichaam, zie http://www.praktijkvoormassagetherapie.be/meridiaan_massage.php.

⁸⁶³ De polis van Fidea voor de vroedvrouw-bediende werkzaam in een ziekenhuis, bevat dezelfde waarborgen en uitsluitingen, m.u.v. de bepaling inzake de thuisbevalling.

454. De polis van Fidea voor de vroedvrouw-bediende werkzaam in een ziekenhuis, bevat dezelfde waarborgen en uitsluitingen, m.u.v. de bepaling inzake de thuisbevalling. De vraag rijst of de bijkomende waarborg inzake bevoegdheidsoverschrijding bij het ‘verschoonbaar onwetend’ zijn veel meerwaarde heeft. Er zijn tot op heden geen schadegevallen gemeld, waarbij deze bepaling toepassing vond.⁸⁶⁴ Dit laatste hoeft geen verwondering te wekken, gezien de wettelijke grenzen van de bevoegdheid van de vroedvrouw zowel in de basisopleiding als in de (verplichte) permanente vorming (75u/5 jaar) de rode draad vormen. Het wettelijk kader bewaken en opdrachten weigeren die buiten de bevoegdheid vallen, mogen als basiscompetenties van een zorgvuldige vroedvrouw worden beschouwd.

455. De waarborg bij schuldig verzuim biedt wel een meerwaarde, vermits dit misdrijf bij een strafklacht inzake verloskundige zorg vaak aan de orde is. Hoewel de commissie tot op heden nog geen schadegevallen heeft behandeld, is het aannemelijk dat bij een zaak in de verloskundige zorg de vroedvrouw niet met opzet geen deskundige hulp van een gynaecoloog heeft gezocht bij de vaststelling van een pathologie. Meestal is er sprake van een onderschatting van de ernst van de pathologie.⁸⁶⁵ Sommige ziekenhuispolissen, die al het verzorgend personeel verzekeren, sluiten zowel bevoegdheidsoverschrijding⁸⁶⁶ als schuldig verzuim uit.⁸⁶⁷ Dus ook als vroedvrouw-bediende is het belangrijk de waarborgen van de ziekenhuispolis te kennen. Desgevallend kan een aparte, bijkomende verzekering via de beroepsorganisatie een ruimere dekking bieden.

456. De Nederlandse VvAA-verzekering dekt een schadegeval tot slechts 5 miljoen euro, een derde minder dus dan de Belgische verzekering. De polis voorziet een waarborg bij aansprakelijkheid ten gevolge van het stellen van medische prestaties die tot de bevoegdheid van een verloskundige behoren. Net zoals in België zijn ook de handelingen van personen die onder hun toezicht staan gedekt en de aansprakelijkheid wegens gebrekkige zaken. De verzekering dekt ook:

- alle prestaties uitgevoerd binnen de wettelijk erkende instellingen voor intramurale gezondheidszorg;
- screeningswerkzaamheden in eerstelijns prenatale screeningcentra, mits het bezit van het certificaat ‘echografie voor verloskundigen’.

⁸⁶⁴ Gegevens bekomen via de makelaar CPS Verzekeringen, voor wie mevrouw Christine Demeyer optreedt, zie <http://www.vroedvrouwen.be/nl/verzekering>.

⁸⁶⁵ Zie uitgebreid hoofdstuk III.2.4.

⁸⁶⁶ Dit wordt aanzien als ‘grove schuld’ en kan overeenkomstig artikel 62, lid 2 Verzekeringswet worden uitgesloten van dekking; T. VANSWEEVELT en B. WEYTS, *Handboek verzekeringsrecht*, Antwerpen, Intersentia, 2016, 556-562 (hierna T. VANSWEEVELT en B. WEYTS, *Handboek verzekeringsrecht*).

⁸⁶⁷ Bijvoorbeeld BA uitbating ziekenhuizen van Amma, zie <https://www.amma.be/nl/zorginstellingenengroeperingen/>; BA uitbating ziekenhuizen/rusthuizen van IC Verzekeringen, zie <https://www.icci.insure/nl/faq-item/is-de-waarborg-burgerlijke-aansprakelijkheid-ook-voorzien-bij-zware-fouten>.

457. De Nederlandse wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg voerde vanaf begin 2017 de verplichting in voor elke zorgverlener om een onafhankelijke klachtenfunctionaris te hebben en zich aan te sluiten bij een geschilleninstantie, teneinde zoveel mogelijk klachten minnelijk op te lossen, zonder tussenkomst van het gerechtelijke apparaat.⁸⁶⁸ De geschilleninstantie kan tot 25.000 euro schadevergoeding toekennen aan het slachtoffer, een bedrag dat ook gedekt is bij de polis van VvAA, naast de kosten voor rechtsbijstand tijdens deze specifieke procedure.

458. De Franse verzekeraar SHAM dekt per schadegeval maximaal tot 8 miljoen euro en per verzekeringsjaar maximaal tot 15 miljoen euro. Naast rechtsbijstand bij gerechtelijke procedures, waarborgt SHAM de contractuele en buitencontractuele aansprakelijkheid van de Franse zelfstandige vroedvrouwen opgelopen ten gevolge van:

- het stellen van medische handelingen waarvoor ze bevoegd is (eigen daden en andermans daden);
- het uitvoeren van echo's en via deze techniek de opsporing van het downsyndroom (trisomie 21), indien aan de vereiste voorwaarden is voldaan (bijv. echotoestel van maximaal 7 jaar, vormingsattest);⁸⁶⁹
- het plegen van schuldig verzuim,⁸⁷⁰ (als uitzondering op de uitsluiting van een opzettelijke fout);
- het werken met gebrekkige zaken;
- haar activiteiten als juridisch experte of als lector werkzaam in het onderwijs.⁸⁷¹

459. Het uitvoeren van thuisbevallingen of bevallingen in een geboortecentrum zijn uitgesloten. Ongeveer één procent van de bevallingen gebeurt in Frankrijk in een thuissituatie.⁸⁷² De moeilijke verzekeraarbaarheid van de thuisbevallingen is al sinds 2000 een doorn in het oog van de zelfstandige vroedvrouwen. De meeste maatschappijen schraptten een dergelijke verzekering uit hun aanbod. Andere verzekeraars boden wel nog de verzekering aan, maar tegen een premie die overeenkwam met het netto-inkomen van een zelfstandige vroedvrouw. Zonder verzekering zou een thuisbevalling kunnen beschouwd worden als een gedeeld risico tussen de ouder(s) en de zelfstandige vroedvrouw.⁸⁷³ Verschillende overlegmomenten met de vertegenwoordigers van de verzekeraars leverden geen resultaat op. De verzekeraars meenden dat het risico op aansprakelijkheid van de vroedvrouw bij een thuisbevalling te groot was. Vervolgens sloegen de ANSFL en de AIAS de

⁸⁶⁸ Zie randnr. 296.

⁸⁶⁹ De voorwaarden zijn bepaald in het Arrêté 23 juin 2009 fixant les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatals avec utilisation des marqueurs sériques maternels de la trisomie 21, JO 3 juli 2009.

⁸⁷⁰ Overeenkomstig Art. L 223-6 *Code pénal* (obligation d'assistance à personne en danger) en art. R 4127-9 *Code de la santé publique* (obligation d'assistance auprès d'un malade ou d'un blessé en péril).

⁸⁷¹ <http://www.aias.fr/images/aias-rc-2017.pdf>.

⁸⁷² "Hungary: Midwife Agnes Gereb taken to court for championing home births", *The Guardian* 22 oktober 2010.

⁸⁷³ M. EGGERMONT, "The choice of child delivery is a European human right", *European Journal of Health Law* 2012, 268-269.

handen in elkaar om de zelfstandige vroedvrouwen mee onder de verzekering van de AIAS bij verzekeraar SHAM te krijgen. De onderhandelingen inzake de dekking van thuisbevallingen sprongen echter af.⁸⁷⁴

460. Eind 2015 voerde SHAM nieuwe tarieven in voor de BA-verzekering van de vroedvrouwen en bevestigde daarbij de niet verzekerbare van thuisbevallingen: “*Activité libérale AVEC réalisation habituelle ou occasionnelle d’accouchements à DOMICILE: l’exercice de cette activité ne permet plus d’adhérer au contrat souscrit par l’AIAS auprès de SHAM*”.⁸⁷⁵

461. Naast de onderhandelingen met de private verzekeraars, zocht de ANSFL ook een oplossing bij het *Bureau Central de Tarification* (BCT), die polissen aanbiedt aan zorgverleners die door minstens twee verzekeraars zijn geweigerd.⁸⁷⁶ Het BCT had intussen wel voor een BA-verzekering gezocht, maar die was gelijkaardig met de premie van de gynaecologen, van wie de honoraria veel hoger zijn. Het betalen van een dergelijke premie was voor de zelfstandige vroedvrouwen niet haalbaar. De ANSFL trok vervolgens naar de administratieve rechtbank om de beslissing van het BCT te vernietigen en haalde begin 2016 haar slag thuis, maar er kwam nog geen nieuw voorstel. Tot op heden is de Franse zelfstandige vroedvrouw dus niet verzekerd voor het begeleiden van thuisbevallingen, hetgeen inderdaad leidt tot de kwalificatie van een ‘gedeeld risico’.⁸⁷⁷ Het spreekt voor zich dat dit de omvang van de informatieplicht van de vroedvrouw ten opzichte van haar patiënte sterk beïnvloedt. Een zelfstandige vroedvrouw die toch thuisbevallingen begeleidt stelt zich bloot aan sancties van de overheid, maar ook aan een aansprakelijkheidsclaim, die haar financiële draagkracht overstijgt. Een ingrijpen van de BCT is hoogst noodzakelijk, wil de Franse overheid de keuzevrijheid voor de Franse zwangere qua plaats van bevallen (thuis of in een ziekenhuis) staande houden. In een arrest van 14 december 2010 oordeelde het Europees Hof voor de Rechten van de Mens dat deze keuzevrijheid onder artikel 8 EVRM (het recht op respect voor het private leven) valt en dat elke lidstaat een adequaat wettelijk kader moet voorzien om deze keuze te garanderen.⁸⁷⁸

⁸⁷⁴ “L’assurance responsabilité civile professionnelle”, *Communiqué de presse ANSFL* 10 februari 2011; “RCP AAD – Communiqué ANSFL et UNSSF”, *Communiqué de presse ANSFL* 9 juli 2014.

⁸⁷⁵ “AIAS : mauvaise nouvelle”, *Communiqué de presse ANSFL* 22 december 2015.

⁸⁷⁶ <http://www.bureaucentraldetarification.com.fr/BCTM>, opgericht bij Loi n° 2002-303 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé, *JO* 5 mars 2003; dit systeem is vergelijkbaar met het Belgische Tarifieringsbureau voor automobilisten die geen private verzekering meer kunnen afsluiten, zie, <http://nl.bt-tb.be/auto/index.html>.

⁸⁷⁷ “Assurance responsabilité professionnelle: un obstacle majeur à l’exercice libéral des sages-femmes”, *Communiqué de presse ANSFL* 11 januari 2016.

⁸⁷⁸ EHRM 14 december 2010, nr. 67545/09, Ternovszky/Hongarije; M. EGGERMONT, “The choice of child delivery is a European Human right”, *European Journal of health law* 2012, 257-269.

E.3. Omvang van de premie

462. De omvang van de premie van de Belgische BA-verzekering is afhankelijk van het statuut van de vroedvrouw, namelijk in dienstverband of zelfstandig.⁸⁷⁹ De jaarpremie voor een vroedvrouw-bediende bedraagt 70 euro, voor een hoofdvroedvrouw 80 euro. Aangezien de bedienden verzekerd zijn onder de polis van de zorginstelling, is de aansluitingsgraad klein. Bij het merendeel van de polissen zijn zelfstandige vroedvrouwen de verzekerden. De omvang van de jaarpremie hangt vooral af van het al of niet begeleiden van thuisbevallingen:

Code 3 = zelfstandige vroedvrouw zonder bevallingen: 100 €

Code 4 = zelfstandige vroedvrouw met bevallingen: 1.050 €

Code 5 = zelfstandige vroedvrouw-coördinator van groepspraktijk: 125 €

Code 6 = zelfstandige vroedvrouw zonder bevallingen met RIZIV⁸⁸⁰: 220 €

Code 7 = zelfstandige vroedvrouw met bevallingen met RIZIV: 1.170 €

Code 8 = zelfstandige vroedvrouw-coördinator met RIZIV: 245 €

Code 9 = zelfstandige vroedvrouw met bevallingen met PAKKET⁸⁸¹: 735 €

Code 10 = zelfstandige vroedvrouw met bevallingen met PAKKET met RIZIV: 855 €.⁸⁸²

463. De Nederlanders houden het heel eenvoudig qua premiebepaling. De jaarpremie voor een zelfstandige verloskundige in hoofdberoep bedraagt bij VvAA 509,66 euro en voor een verloskundige in bijberoep 255,50 euro.⁸⁸³ Het begeleiden van thuisbevallingen of het uitvoeren van een echografie heeft dus geen invloed op de omvang van de jaarpremie. Een verzekering rechtsbijstand kost er 268,80 euro.⁸⁸⁴

464. Het al of niet begeleiden van een thuisbevalling of het uitvoeren van een echografie, zijn net dé elementen die de omvang van de jaarpremie voor de Franse zelfstandige vroedvrouw, aangesloten bij de AIAS, bepalen:

- zonder echo en zonder bevallingen: 334 euro
- met echo en zonder bevallingen : 3.268 euro
- met echo en met bevallingen in het ziekenhuis: 4.360 euro.⁸⁸⁵

⁸⁷⁹ De tarieven werden opgevraagd en bekomen via de makelaar, CPS verzekeringen.

⁸⁸⁰ Omvat de dekking van de kosten van verdediging van de zelfstandige vroedvrouw in het kader van een RIZIV-procedure, bijvoorbeeld wegens het onterecht aanrekenen van prestaties aan de mutualiteiten.

⁸⁸¹ Omvat ook auto- en brandverzekering.

⁸⁸² Zie voor de tarieven *Tijdschrift voor Vroedvrouwen* 2017, nr. 2, 120 en <http://sage-femme.be/etre-membre-upsfb/assurance-professionnelle/>.

⁸⁸³ <https://www.vvaa.nl/verzekeringen/beroepsaansprakelijkheidsverzekering/verloskundigen/aanvragen>.

⁸⁸⁴ <https://www.vvaa.nl/verzekeringen/beroepsrechtsbijstandverzekering>.

⁸⁸⁵ “AIAS : mauvaise nouvelle”, *Communiqué de presse ANSFL* 22 december 2015.

465. Een dergelijke hoge premie voor de Franse zelfstandige vroedvrouw staat in schril contrast met de Nederlandse premie voor de verloskundige, waarbij voor een kleine 800 euro (bijna zes maal minder), zowel de uitvoering van echo's als de uitvoering van bevallingen (ook thuisbevallingen) verzekerd zijn en de verzekerde rechtsbijstand geniet. De Franse verzekeraar schat de risico's bij deze prestaties duidelijk veel hoger in dan de Nederlandse en Belgische maatschappijen. Het plafond van dekking is ook veel hoger in Frankrijk.

E.4. Dekking in tijd en ruimte

466. De Belgische verzekering biedt een waarborg voor schadegevallen, waarvan het schadeverwekkend feit is voorgevallen tijdens de duur van de polis, het zogenaamde *fact occurrence*-principe of het *act committed*-systeem. Het is aldus voldoende dat de feiten zich hebben afgespeeld tijdens de looptijd van het verzekeringscontract. Wanneer de schade zich voordoet of wanneer de schadevergoedingseis (klacht) wordt ingesteld, zijn dus niet belangrijk. Het uitlooprisico, na het beëindigen van het contract, is gedekt met dit systeem. De polis met het *act committed*-systeem wijkt in principe af van artikel 142 Verzekeringswet, dat het *loss occurrence*-systeem van toepassing verklaart en van dwingend recht is. Er mag aangenomen worden dat het contractueel bedingen van het *act committed*-systeem toch toegelaten is, omdat de toepassing ervan een grotere bescherming biedt aan de verzekerde.⁸⁸⁶

467. Het acceptatiecriterium voor waarborgverlening door Fidea is dat de Belgische zelfstandige vroedvrouw moet wonen en haar praktijk hebben in België. Ongeacht waar ze haar prestaties verricht, verleent Fidea dekking. Voor prestaties in de VS en in Canada geldt de waarborg echter enkel bij dringende medische hulpverlening. Activiteiten in oorlogsgebieden zijn uitgesloten.

468. De Nederlandse maatschappij hanteert een dubbel criterium, nl. enerzijds het *claims made*-systeem, waarbij er slechts waarborg is indien de claim is ingesteld tijdens de duur van de overeenkomst, maar anderzijds ook het *fact occurrence*-principe, want voor de Nederlandse verzekeraar VvAA moeten ook de feiten zich hebben afgespeeld binnen de duurtijd van het contract. Dus zowel de oorzaak van de schade als de klachtmelding moeten binnen de verzekeringsduur vallen.

469. In tegenstelling tot de Belgische verzekering is in principe een schadeclaim, ingesteld na het beëindigen van het verzekeringscontract, niet meer gedekt. Het uitlooprisico bij de definitieve stopzetting van de praktijk (bijvoorbeeld bij pensioen) is wel gedekt. Stapt de verloskundige over naar een andere verzekeraar of gaat ze als bediende werken, dan is het zeer opportuun om een extra 'uitloopdekking' af te sluiten, om een periode van onverzekerbaarheid te vermijden. Opteert de zelfstandige verloskundige ervoor om geen uitloopdekking te voorzien, maar gewoon een nieuwe verzekering aan te gaan bij een andere verzekeraar, dan is het verzekeren van het 'inlooprisico' zeer

⁸⁸⁶ T. VANSWEEVELT en B. WEYTS, *Handboek verzekeringsrecht*, 711-714.

belangrijk. De nieuwe verzekering gaat dan dekking verlenen voor schadegevallen die tot vijf jaar voor de ingangsdatum van de verzekering zijn ontstaan en tijdens de geldigheidsduur van de verzekering worden gemeld. Het inlooprisico geldt enkel voor schadegevallen uit het verleden waar de verloskundige niets van afwist of niet kon weten, omdat ze er nooit van in kennis was gesteld.⁸⁸⁷

470. De Nederlandse verloskundige is voor haar prestaties binnen Europa verzekerd, als ze haar praktijk in Nederland heeft gevestigd (registratie in BIG-register)⁸⁸⁸ en als ze ook effectief haar beroep uitoefent in Nederland. Prestaties buiten Europa (tenzij vrijwilligerswerk) zijn niet verzekerd, tenzij bij het “incidenteel verlenen van medische hulp bij een ongeval of een plotseling opkomende ziekte”. Prestaties verricht in de VS en Canada zijn uitgesloten.

471. De dekking in tijd van de Franse verzekering hangt af van het soort van prestatie, die aanleiding heeft gegeven tot het schadegeval. Hebben de feiten betrekking op handelingen in het kader van preventie, diagnosestelling of verzorging,⁸⁸⁹ dan is het tijdstip van het formuleren van de klacht determinerend. Valt het indienen van de klacht binnen de looptijd van het contract, ongeacht het tijdstip van de feiten, dan verleent de verzekeraar dekking.⁸⁹⁰ SHAM past dus het *claims made*-systeem toe. De uitloopekking voorziet een waarborg van schadegevallen, waarvan de eerste klacht werd geformuleerd binnen de vijf jaar na het beëindigen van het contract, maar waarvan de feiten zich hebben afgespeeld tijdens de duurtijd van het contract. Bij de definitieve stopzetting van de praktijk beslaat de uitloopekking een periode van tien jaar.

472. Voor handelingen buiten preventie, diagnosestelling of verzorging (dit zal de minderheid zijn voor de vroedvrouw, bijvoorbeeld wel expertiseopdrachten), moeten, zoals bij de Nederlandse verzekeraar, zowel het schadeverwekkend feit als de klachtformulering vallen binnen de looptijd van het contract. Het formuleren van de klacht kan ook nog tijdens de periode van uitloopekking (vijf of tien jaar afhankelijk van de reden van stopzetting van het contract).⁸⁹¹

473. De waarborg van SHAM geldt in Metropolaans Frankrijk,⁸⁹² Overzees Frankrijk (*France d'outre-mer*), Andorra en Monaco. Er is enkel dekking in het buitenland bij een verblijf van maximaal zes maanden (bijvoorbeeld stages, opleidingen) of bij het helpen van personen in nood. Er is geen enkele vorm van dekking in de VS en in Canada.

⁸⁸⁷ <https://www.vvaa.nl/verzekeringen/beroepsaansprakelijkheidsverzekering/verloskundigen>.

⁸⁸⁸ Zie randnr. 183.

⁸⁸⁹ Art. L 1142-2 *Code de la santé publique*.

⁸⁹⁰ Art. L 251-2 *Code des assurances*.

⁸⁹¹ Art. L 124-5 alinéa 4 *Code des assurances*.

⁸⁹² La Métropole dekt het Franse vasteland en de voor de kust gelegen eilanden in de Atlantische Oceaan, het Kanaal en de Mediterrane eilanden.

474. De verzekerbareid van de praktijk van de vroedvrouw is een minimumvereiste voor de toekomst van het beroep. Mocht dit wegvallen, dan stellen zowel de ouders als de vroedvrouwen zich bloot aan grote financiële risico's. Gelukkig is in België en Nederland een verzekering afsluiten voor een vroedvrouw eerder een formaliteit, dan een enorme opgave of een heuse zoektocht naar een bereidwillige verzekeraar. De Nederlandse polis bij VvAA verzekert bevoegdheidsoverschrijding, noch schuldig verzuim. De Belgische polis van Fidea biedt een ruime waarborg, ook bij schuldig verzuim. De meeste prestaties van de Franse vroedvrouw zijn verzekerd bij SHAM, weliswaar tegen een veel hogere premie dan in de buurlanden. Alleen voor het verzekeren van de thuisbevallingen in Frankrijk is een nakende oplossing hoogstnoodzakelijk, gezien het assisteren van thuisbevallingen zonder verzekering zowel voor de ouders als voor de vroedvrouw financiële repercussies kan hebben. Alleen in de Belgische polis van Fidea is het *fact occurence*-principe van toepassing. De Franse polis bij SHAM hanteert het *claims made*-systeem bij de meeste verloskundige prestaties van de vroedvrouw. In de Nederlandse polis van VvAA worden beide systemen gecombineerd.

III.2.2. Statistische analyse van verloskundige incidenten in België, Nederland en Frankrijk

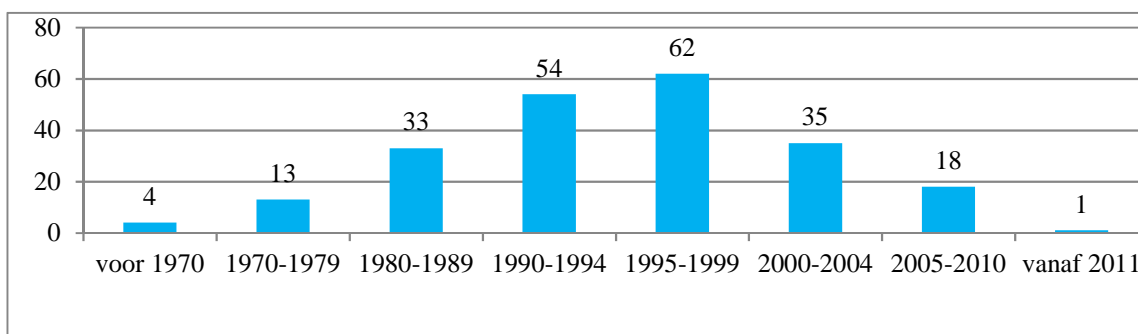
A. Algemeen

475. Dit deel is het resultaat van een diepteanalyse van 220 representatieve zaken, waarvan de feiten zich situeerden in de periode van eind de jaren 1960 tot en met 2011.⁸⁹³ De cumulatieve criteria voor inclusie in de statistische analyse waren: betrokkenheid van de vroedvrouw en/of dokter werkzaam in het ziekenhuis of zelfstandig, betrekking hebben op handelingen tijdens de verloskundige zorg (pre- peri- en postnataal) en voorzien van een duidelijk feitenrelaas.⁸⁹⁴

476. Het spreekt voor zich dat de verloskunde als wetenschap sterk evolueerde de voorbije vijftig jaar, maar de *core business* van de vroedvrouw en de gynaecoloog bleef wel dezelfde, met name het zorgvuldig begeleiden van moeder en kind tijdens het geboorteproces en het tijdig herkennen van een pathologie, gevolgd door een adequate interventie. Het handelen van de zorgverlener werd ook steeds getoetst aan de standaarden binnen de wetenschap, die golden op het tijdstip van de feiten.

Grafiek 1

Tijdstip feiten



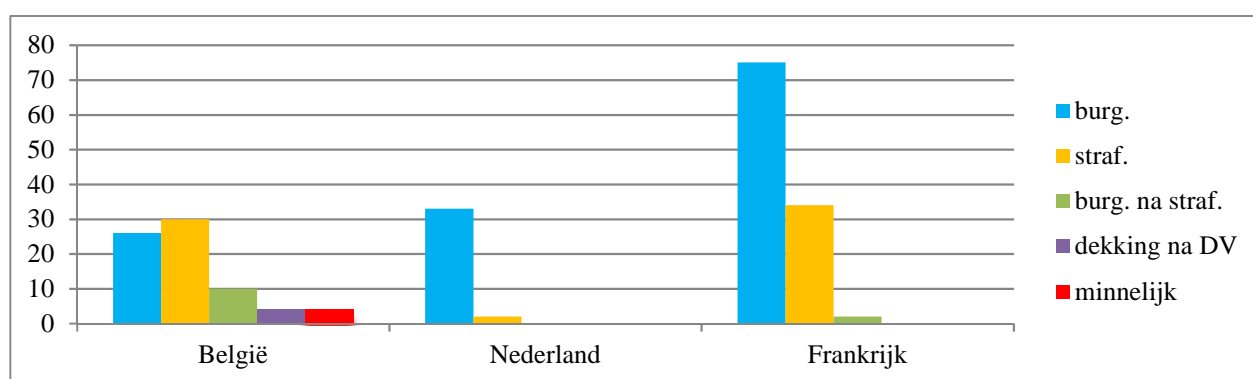
⁸⁹³ België: 74 zaken, waarvan 4 minnelijke zaken en 70 gerechtelijke procedures; Nederland: 35 gerechtelijke procedures; Frankrijk: 111 gerechtelijke procedures. Alle rechtspraak in de statistische analyse werd bijgehouden tot 1 november 2015.

⁸⁹⁴ Beantwoorden niet aan de inclusiecriteria: zaken waar de vroedvrouw geen actieve rol heeft gespeeld in verloskundige schadegevallen tegen gynaecologen, zaken over het handelen van de vroedvrouw bij gynaecologische patiënten, zaken hangende in eerste aanleg (burgerlijk of strafrechtelijk), waar over de aansprakelijkheid van geen enkele zorgverlener een uitspraak werd gedaan.

477. Ten eerste werden de zaken gerangschikt volgens tijdstip en plaats van de feiten en de soort procedure: burgerlijk, strafrechtelijk, burgerlijk na een buitenvervolginstelling/vrijspraak, dekking van verzekeraar na een dagvaarding (alleen in België) en ten slotte minnelijk via de verzekeraar. Er is een duidelijk overgewicht van burgerlijke procedures in Frankrijk. Dit gegeven staat in schril contrast met de Belgische situatie, waar de strafprocedure overheerst. Daar de meerderheid van de Nederlandse medische claims buitengerechtelijk wordt afgehandeld, zijn er in verhouding veel minder gerechtelijke procedures in de rechtspraakanalyse opgenomen.⁸⁹⁵

Grafiek 2

Soort procedure: aantal zaken

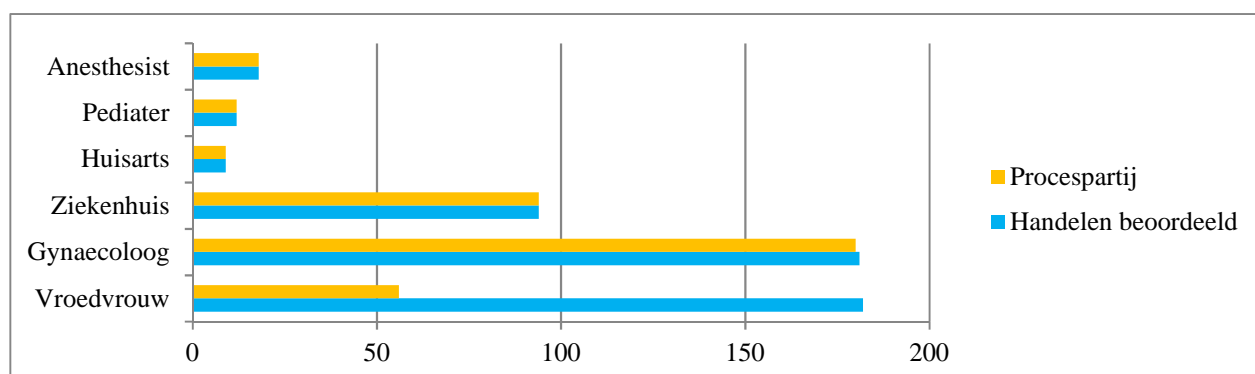


478. Men zou verwachten als verschillende zorgverleners zijn tussengekomen in de begeleiding van een patiënte, dat dan ook hun individueel handelen zou beoordeeld worden in een medische claim. Voor de vroedvrouw gaat deze stelling niet helemaal op. Slechts in 182 van de 220 schadegevallen werd het handelen van de vroedvrouw mee in overweging genomen in het aansprakelijkheidshoofdstuk. In de overige zaken bleef het bij beoordeling van het handelen van de arts en/of het ziekenhuis. In onderstaande grafiek springt het aandeel van de gynaecoloog meteen in het oog, die juridisch gezien in de pathologische verloskunde de eindverantwoordelijkheid draagt. Het hangt natuurlijk ook af van wie de procespartijen zijn. Het feit dat de vroedvrouw meestal als aangestelde van het ziekenhuis handelde (slechts zeven zaken met een zelfstandige vroedvrouw) verklaart het lage aandeel van de vroedvrouw als procespartij.

⁸⁹⁵ R.W.M. GIARD, "Medische aansprakelijkheid als aansprekend recht", *AV&S* 2006, 25; J. HUBBEN en I. CHRISTIAANS, "Geen spectaculaire ontwikkeling van medische schadeclaims in Nederland: 1993/'01 in vergelijking met 1980/'90", *Ned.TvG* 2004, 1250-1255; Zie voor een uitgebreid overzicht inzake de aansprakelijkheid van de Nederlandse gynaecoloog M.J.J. DE RIDDER, "Kroniek rechtspraak civil recht", *Ned.T.Gez.* 2008, 114-199.

Grafiek 3

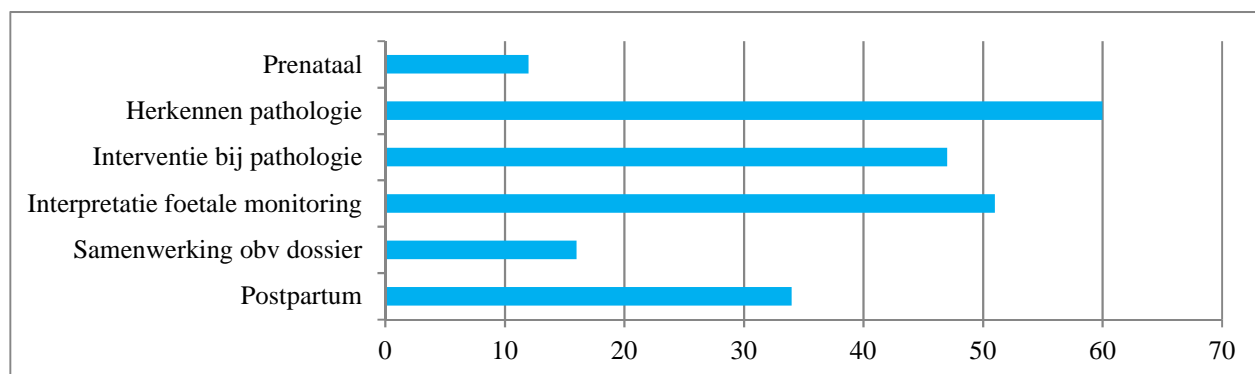
Procespartijen: aantal zaken



479. De feitelijke analyse bracht een opdeling in drie categorieën met zich mee: tijdens de zwangerschap, tijdens de bevalling of na de bevalling. Slechts twaalf zaken waren te situeren in de prenatale fase en 34 zaken in de postpartumperiode. De 174 schadegevallen binnen de perinatale periode leenden zich tot een opdeling in vier subcategorieën, waar het tijdig herkennen van een specifieke pathologie het meest ter discussie stond.

Grafiek 4

Tijdstip verloskundig handelen: aantal zaken



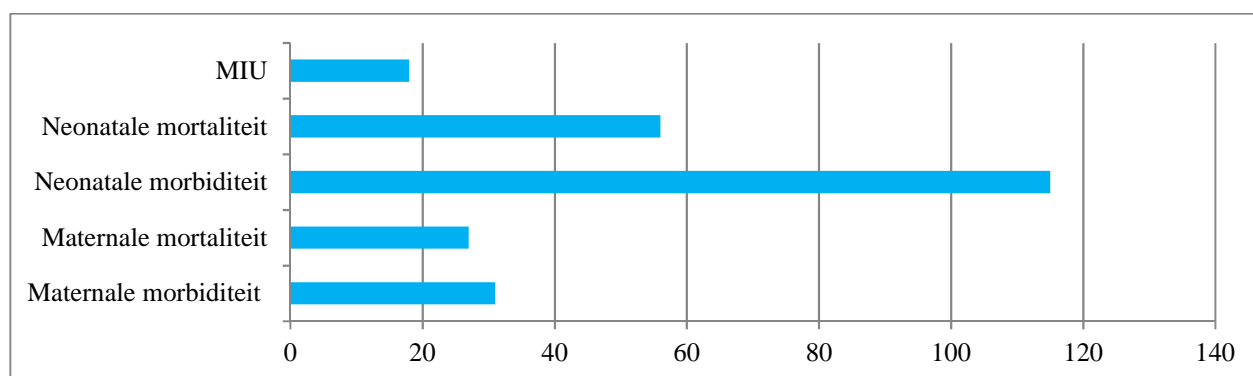
480. De aanleiding tot een medische claim was in meer dan een derde (83/220) van de gevallen het overlijden van moeder en/of kind, exclusief de achttien zaken waarbij de baby in de baarmoeder was overleden (intra-uteriene vruchtdood, *mors in utero*, MIU).⁸⁹⁶ Oorzaken van maternale sterfte waren vooral een uterusruptuur (acht zaken), een postpartumbloeding (zeven zaken) en complicaties bij een sectio (vijf zaken).

⁸⁹⁶ De zaken inzake de vervolging voor vruchtafdrijving zijn hierin niet opgenomen.

481. Het overlijden van de baby was vooral te wijten aan het onderschatten van de foetale nood door verkeerde CTG-interpretatie (veertien zaken), een uterusruptuur (elf zaken), een placentaloslating (zeven zaken) en de complicaties van een kunstverlossing (zeven zaken). Het wekt geen verbazing dat de meeste gerechtelijke procedures werden opgestart na de vaststelling van schade aan de baby. Van de 115 zaken van neonatale morbiditeit was er in zeventig zaken sprake van hersenschade en in 25 zaken van een arm- of schouderletsel ten gevolge van een schouderdystocie.

Grafiek 5

Soort schade: aantal zaken



B. Verhouding aansprakelijkheid van de betrokken zorgverleners

482. De statistische analyse van de 190 gerechtelijke procedures met een definitief oordeel over de aansprakelijkheid van de betrokken zorgverleners wordt weergegeven in de volgende drie grafieken.⁸⁹⁷ Exclusiecriteria waren bijgevolg: geen oordeel over de aansprakelijkheid (minnelijke procedure of dading bereikt na dagvaarding of strafrechtelijke bescherming van de foetus) en geen definitief oordeel over de aansprakelijkheid (hangende procedure of einduitspraak niet te traceren).

483. In 64% (121/190) van de zaken besloot de rechtbank dat de opvolging van de patiënte niet de zorgvuldigheidsnorm haalde. Per land bekeken staan België (35/53) en Frankrijk (70/106) met 66% aan kop en als laatste Nederland met 51% (16/31). Nederland scoort het laagst, omdat vooral de minnelijke afhandeling van een klacht wordt nagestreefd.⁸⁹⁸

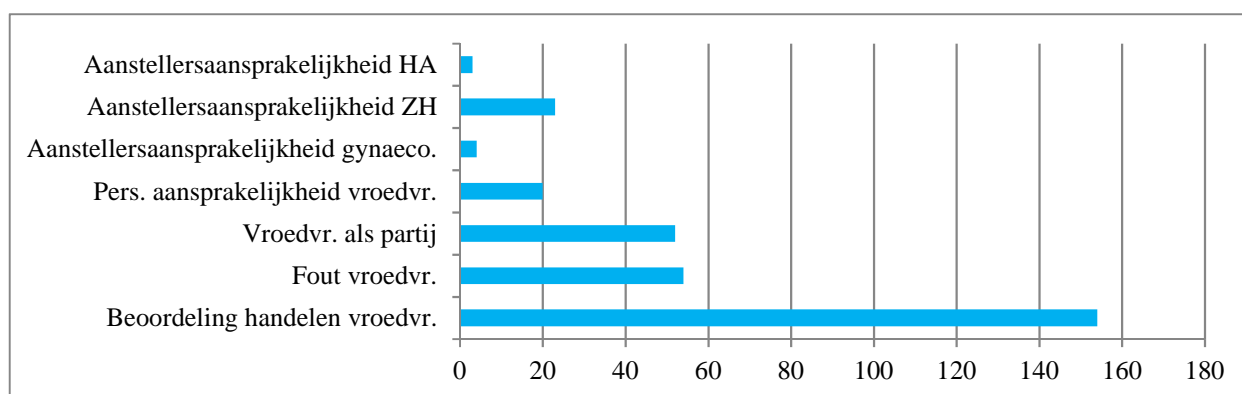
⁸⁹⁷ België: 53 zaken; Nederland: 31 zaken; Frankrijk: 106 zaken; Alle rechtspraak in de statistische analyse werd bijgehouden tot 1 november 2015. Zaken van na deze datum of zaken die nog hangende zijn in hoger beroep worden ter aanvulling wel vermeld.

⁸⁹⁸ Zie hoofdstuk III.2.1.A.2, randnr. 296-301.

484. In 154 zaken maakte het handelen van de vroedvrouw deel uit van de rechterlijke beoordeling. In 35% van de zaken (54/154), handelde de vroedvrouw niet volgens de regels van de kunst volgens de rechtbank. In bijna de helft van de zaken (23/54) impliceerde een fout van de vroedvrouw de aanstellersaansprakelijkheid van het ziekenhuis, uitgezonderd in België waar de hete aardappel werd doorgeschoven naar de arts. De eigen persoonlijke burgerlijke aansprakelijkheid was eerder uitzonderlijk (6/20 zaken, waarvan 2 zelfstandige vroedvrouwen).⁸⁹⁹

Grafiek 6

Aandeel vroedvrouw: aantal zaken



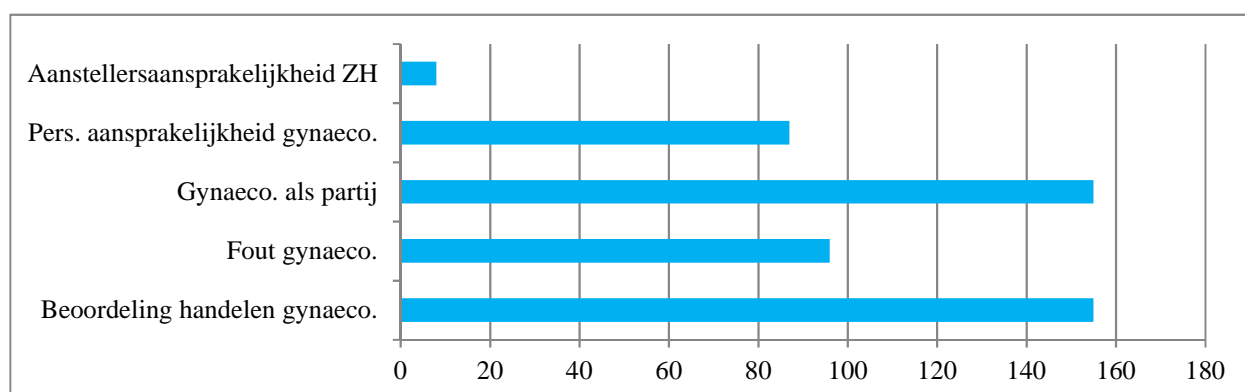
485. Van de 190 gerechtelijke procedures werd de (on)zorgvuldigheid van de gynaecoloog in 155 zaken beoordeeld. In twee derden van deze schadegevallen (96/155) doorstond het handelen van de gynaecoloog de rechterlijke toetsing niet.⁹⁰⁰ De eigen aansprakelijkheid was de regel (87/155), de aanstellersaansprakelijkheid van het ziekenhuis bleek uitzonderlijk (8/155). De meeste gynaecologen voerden hun activiteiten uit onder een zelfstandig statuut. Als hun handelen bijgevolg in vraag werd gesteld, dan waren ze ook procespartij.

⁸⁹⁹ In vier zaken bracht de onzorgvuldigheid van de vroedvrouw geen aansprakelijkheid met zich mee, onder meer wegens een gebrek aan causaal verband.

⁹⁰⁰ In 96 zaken werden fouten van de gynaecoloog bewezen geacht. De fout impliceerde in 95 zaken aansprakelijkheid. In één zaak kon er geen causaal verband worden aangetoond.

Grafiek 7

Aandeel gynaecoloog: aantal zaken



486. Het aandeel van de overige zorgverleners in zaken waar ook een vroedvrouw of gynaecoloog betrokken was, is miniem. De foutieve gedragingen van de anesthesist hebben zich vooral voltrokken bij de plaatsing van een epidurale of rachi anesthesie,⁹⁰¹ het verrichten van onvoldoende pre- en postoperatieve onderzoeken bij een astmatische sectiopatiente⁹⁰² en een nalatige interventie na een hemorragie⁹⁰³. Een laattijdige transfer naar de NICU,⁹⁰⁴ onzorgvuldige eerste neonatale zorgen,⁹⁰⁵ het veroorzaken van brandwonden door het gebruik van ioodalcohol (in combinatie met te sterke lamp)⁹⁰⁶ en een niet adequate opvolging van een streptokokkeninfectie⁹⁰⁷ hadden de aansprakelijkheid van de pediater tot gevolg.

⁹⁰¹ Parijs 27 januari 2012, voorziening afgewezen door Cass. 16 januari 2013, N° 12-15452; Versailles 18 mei 2001, voorziening afgewezen door Cass. 27 januari 2004, N° 01-13499; Corr. Dendermonde 19 maart 1991, *VI. T. Gez.* 1991, 125, noot R. HEYLEN; Corr. Charleroi 23 november 1989, *JLMB* 1990, 348.

⁹⁰² Bergen 25 oktober 1996, *T.Gez.* 1998-99, 388.

⁹⁰³ Reims 2 december 2010, voorziening afgewezen door Cass. 7 februari 2012, N° 11-80820.

⁹⁰⁴ Versailles 25 januari 2012, rolno. 11/01185;

⁹⁰⁵ Besançon 14 september 1993, voorziening afgewezen door Cass. 30 oktober 1995, N° 93-20544, 93-20579 en 93-20786.

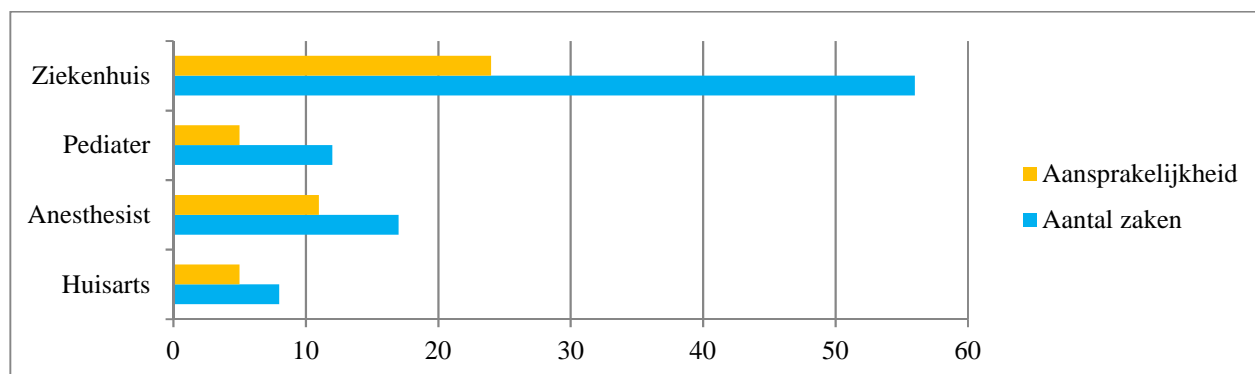
⁹⁰⁶ Antwerpen 11 maart 1992, rolno. 3643/89 en 674/90, *VI.T.Gez.* 1993, 305.

⁹⁰⁷ Corr. Dinant 31 mei 2004, *T.Gez.* 2005-06, 224-232.

487. De persoonlijke burgerlijke aansprakelijkheid van het ziekenhuis als rechtspersoon betrof vooral een gebrekkige organisatie,⁹⁰⁸ maar ook geen gedragscode/protocol hebben voor foetale monitoring,⁹⁰⁹ bewaarder zijn van een gebrekkige zaak⁹¹⁰ en het onzorgvuldig bijhouden van het patiëntendossier⁹¹¹.

Grafiek 8

Aandeel overige zorgverleners: aantal zaken



⁹⁰⁸ Bordeaux 6 februari 2013, rol.nr. 11/02437; Versailles 25 januari 2012, rol.nr. 11/01185 (geen transferbeleid na pathologische bevalling); Arnhem 22 mei 2007 en 21 januari 2003, rol.nr. 2001/580, LJN BA5776; Orléans 12 maart 2007, voorziening afgewezen door Cass. 13 november 2008, N° 07-15049 (gebrekkige organisatie wacht dienst); Fort-de-France 15 februari 2007 (tussenarrest), voorziening afgewezen door Cass. 22 januari 2008, N° 07-81702 (expertise schadebegroting bevolen tegen medisch directrice van ziekenhuis omwille van gebrekkige permanente verpleegkundige in operatiekwartier); Dijon 18 mei 2004, partiële cassatie (wat betreft de aansprakelijkheid van één gynaecoloog) door Cass. 7 februari 2006, N° 04-17056; Bergen 24 april 2003, rol.nr. 2001/AR/809, *RGAR* 2004, nr. 13870 (uitspraak schadevergoeding); Besançon 14 september 1993, voorziening afgewezen door Cass. 30 oktober 1995, N° 93-20544, 93-20579 en 93-20786 (onvoldoende personeel); Lyon 2 juli 1986, voorziening afgewezen door Cass. 18 januari 1989, N° 87-11875 (geen gynaecoloog beschikbaar); Corr. Brussel 9 mei 2008, Not.nr. BR.32.99.713/01 (geen permanentie van chirurg); Rb. Rotterdam 8 februari 2006 HA ZA 05-2483, LJN AX2193 (geen protocol inzake begeleiding na neonatale sterfte).

⁹⁰⁹ Rb. Gent 14 april 2006, rol.nr. 97/3708/A.

⁹¹⁰ (Gebrekkige lamp) Gent 18 september 2008, rol.nr. 2004/AR/2078 en Rb. Leuven 8 oktober 1980, rol.nr. 15.125; s'-Gravenhage 29 september 2009, rol.nr. 105.006.478/01, LJN BK1574 (gebrekkige CTG monitor).

⁹¹¹ Rb. Groningen 14 februari 2007, rol.nr. 63725/HA ZA 03-177, LJN BA 7177, NJF 2007, 355.

III.2.3. Prenatale zorg

A. Empirie

488. Het aandeel van de vroedvrouw binnen de aansprakelijkheid wegens onzorgvuldigheden begaan in de prenatale fase is zeer miniem (10/190). In zes zaken besloot de rechter tot de aansprakelijkheid van de vroedvrouw. De vroedvrouw kon echter wel in de preventie van meerdere schadegevallen een belangrijke rol hebben gespeeld. Deze zaken leenden zich tot een opdeling in drie categorieën: risicoscreening tijdens de zwangerschap (zie C), het (gebrek aan) gezondheidsvoorlichting (zie D) en de uitvoering van een abortus (zie E).

B. Juridische basis

489. Naast de algemene bevoegdheid van een arts-specialist om risico's op te sporen, voorziet de Europese regelgeving voor de vroedvrouw een specifieke bevoegdheid ter zake, "onderzoeken verrichten die nodig zijn voor het toezicht op het normale verloop van de zwangerschap" en "onderzoeken voorschrijven of adviseren die nodig zijn om de diagnose van een zwangerschap met gevaar voor complicaties zo vroeg mogelijk te kunnen stellen".⁹¹²

490. De Belgische vroedvrouw moet risico's opsporen bij moeder en kind en zwangerschappen met een verhoogd risico.⁹¹³ De richtlijnen van het KCE inzake het verrichten van bepaalde onderzoeken tijdens de zwangerschap zijn toonaangevend.⁹¹⁴

491. De Verloskundige Indicatielijst benadrukt het belang van risicoscreening voor de Nederlandse gynaecoloog en verloskundige.⁹¹⁵ Tijdens de zwangerschap moet de verloskundige onder meer doorverwijzen in geval van: toxoplasmose,⁹¹⁶ een cytomegalievirus (CMV)-infectie,⁹¹⁷ hyperemesis gravidarum (overmatig braken) en pre-eclampsie⁹¹⁸. Het inschatten van het verloskundig risico en dit vertalen in een verloskundig beleid illustreert de poortwachtersfunctie van de verloskundige.⁹¹⁹

⁹¹² Art. 24 en 42 b) en c) Richtlijn Europees Parlement en Raad nr. 2005/36/EG, 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties, *Pb. L.* 30 september 2005, afl. 255.

⁹¹³ Art. 62, §1, 1°, d WUG *juncto* artikel 4, §2 KB 1991.

⁹¹⁴ KCE rapport 6A, *Nationale richtlijn prenatale zorg. Een basis voor een klinisch pad voor de opvolging van zwangerschappen*, 2004; KCE Rapport 248, *Welke onderzoeken zijn aanbevolen bij een zwangerschap?*, 2015.

⁹¹⁵ Commissie Verloskunde van het College voor zorgverzekeringen, *Verloskundig Vademecum, Verloskundige Indicatielijst*, 2003, 94-121.

⁹¹⁶ Infectie veroorzaakt door de parasiet *Toxoplasma Gondii*, bevindt zich vooral in de uitwerpselen van katten. Richtlijn bij zwangere vrouwen is het niet eten van rauw/onvoldoende verhit vlees en ongewassen fruit/groenten.

⁹¹⁷ Een infectie met het cytomegalievirus tijdens de zwangerschap kan groei- en ontwikkelingsachterstand veroorzaken.

⁹¹⁸ Pre-eclampsie of zwangerschapsvergiftiging is een combinatie van een te hoge bloeddruk en eiwitten in de urine, met een verminderde placentadoorbloeding tot gevolg.

⁹¹⁹ Art. 5, 1° Besluit 2008.

492. De Franse Hoge Gezondheidsraad redigeerde verschillende richtlijnen inzake risicoscreening voor de vroedvrouw en de gynaecoloog.⁹²⁰ De vroedvrouw staat algemeen gezien in voor de opsporing van pathologische situaties, ook tijdens de zwangerschap.⁹²¹

493. Een kerntaak van de Europese vroedvrouw is tevens het verschaffen van informatie aan de patiënte inzake het geboorteproces, vanuit verschillende invalshoeken en afhankelijk van de periode.⁹²² Onder het motto dat een geïnformeerde patiënte er twee waard is, geniet het informeren van de patiënte in de prenatale periode de absolute voorkeur, dan tijdens de arbeidsfase of meteen na de bevalling, waar emoties een goede ‘ontvangst’ van de informatie kunnen belemmeren.

494. In België zit het recht om geïnformeerd toe te stemmen vervat in artikel 8 van de Wet op de patiëntenrechten.⁹²³ De Nederlandse wet geneeskundige behandelingsovereenkomst van 17 november 1994 (opgenomen in het Burgerlijk Wetboek) voorziet een gelijkaardig recht op informatie.⁹²⁴ Er is enkele jaren gewerkt aan een voorstel van wet inzake ‘cliëntenrechten zorg’, die alle patiëntenrechten zou bundelen, maar zonder resultaat.⁹²⁵ Volgens de patiëntenrechtenwet van 4 maart 2002, opgenomen in de *Code de la santé publique* beschikt de Franse patiënte over het hetzelfde recht.⁹²⁶

⁹²⁰ Haute Autorité de Santé, *Richtlijn 88 inzake risicoselectie gedurende de zwangerschap* (Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé), 2012; *Richtlijn 73 inzake de doorverwijzing naar het ziekenhuis in geval van pre- of postpartum pathologie* (Situations pathologiques pouvant relever de l’hospitalisation à domicile au cours de l’ante et du post-partum), 2011; *Richtlijn 65 inzake hoog risico zwangerschappen* (Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l’accouchement), 2009, zie http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1101438/fr/tableau-des-recommandations-de-bonne-pratique.

⁹²¹ Art. R.4127-318 I Code de la santé publique.

⁹²² Art. 42, a), d) en i) Richtlijn Europees Parlement en Raad nr. 2005/36/EG, 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties, *Pb. L.* 30 september 2005, afl. 255, 45.

⁹²³ Zie uitgebreid: S. TACK, “De zwangere vrouw en haar recht op informatie”, in M. EGGERMONT (ed.), *Verloskunde in beweging II: de do’s en don’ts in het voorkomen van aansprakelijkheid*, Antwerpen, Intersentia, 2014, 148-153. (hierna: S. TACK, *De zwangere vrouw en haar recht op informatie*); T. VANSWEEVELT en S. TACK, *Het recht op gezondheidstoestandinformatie en geïnformeerde toestemming*, 356-364.

⁹²⁴ Art. 448 BW: 1. De hulpverlener licht de patiënt op duidelijke wijze, en desgevraagd schriftelijk in over het voorgenomen onderzoek en de voorgestelde behandeling en over de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt. De hulpverlener licht een patiënt die de leeftijd van twaalf jaren nog niet heeft bereikt op zodanige wijze in als past bij zijn bevattingsvermogen.

2. Bij het uitvoeren van de in lid 1 neergelegde verplichting laat de hulpverlener zich leiden door hetgeen de patiënt redelijkerwijze dient te weten ten aanzien van:

a. de aard en het doel van het onderzoek of de behandeling die hij noodzakelijk acht en van de uit te voeren verrichtingen;

b. de te verwachten gevolgen en risico’s daarvan voor de gezondheid van de patiënt;

c. andere methoden van onderzoek of behandeling die in aanmerking komen;

d. de staat van en de vooruitzichten met betrekking tot diens gezondheid voor wat betreft het terrein van het onderzoek of de behandeling.

⁹²⁵ De wetsvoorstellen van de Wet Cliëntenrechten zorg zijn uiteindelijk in 2013 volledig van de baan geschoven. In de plaats van één wet, zullen de rechten van patiënten in verschillende wettelijke bepalingen verder gespecificeerd worden.

⁹²⁶ Art. L1111-2 *Code de la santé publique*: Toute personne a le droit d’être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu’ils comportent

495. Het recht op informatie en informed consent impliceert dat elke patiënte het recht heeft om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in elke interventie. De zorgverlener verkrijgt de toestemming door informatie te geven over onder meer het doel, de aard, de duur, de frequentie, de voor de patiënte relevante tegenaanwijzingen, nevenwerkingen en risico's verbonden aan de tussenkomst en de mogelijke alternatieven. In deze problematiek stelde het hof van beroep van Grenoble in 2006 een gynaecoloog aansprakelijk voor het niet inlichten van zijn patiënte inzake de risico's van een stuitbevalling. Het uitzonderlijke karakter van het risico op een schouderletsel bij een stuitbevalling ontsloeg de arts niet van zijn informatieplicht.⁹²⁷

C. Risicoscreening tijdens de zwangerschap

496. De zoektocht naar gerechtelijke procedures leidde niet tot zaken waar de Belgische of Franse vroedvrouw in de prenatale screening onzorgvuldigheden had begaan. De poortwachtersfunctie van de Nederlandse verloskundige in het screenen op pathologie tijdens de zwangerschap kwam wel aan bod.

De rechtbank van Utrecht stelde een verloskundigenpraktijk niet aansprakelijk voor het niet opsporen van een *spina bifida* (open rug) bij een baby. Er was geen sprake van een indicatie, in de zin van de indicatielijst echoscopie, om door te verwijzen voor een echo. Tevens was er onvoldoende grond om aan te nemen dat er sprake was van een (verhoogd) risico, die een doorverwijzing naar de tweedelijns hulpverlening noodzakelijk maakte.⁹²⁸

Het hof van beroep van 's-Gravenhage stelde een verloskundige (als bediende) en het ziekenhuis hoofdelijk aansprakelijk voor de schade van zowel ouders als kind, ten gevolge van een onzorgvuldigheid in de prenatale opvolging. De verloskundige wees de patiënte niet door voor een genetisch consult of vruchtwaterpunctie, ondanks de chromosomale afwijking (translocatie van gen 4 en gen 18) van een neef van de vader en de twee miskramen in de voorgeschiedenis.⁹²⁹ De baby kwam zwaar gehandicapt ter wereld. Vooral over de toekenning van de verschillende schadeposten, beslecht in het baby Kelly arrest van de Hoge Raad in 2005, vloeide veel inkt.⁹³⁰ Gelet op het feit dat deze zaak de enige

ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver; Haute Autorité de Santé, *Richtlijn 12 inzake de voorbereiding op het ouderschap* (Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)), 2005.

⁹²⁷ Grenoble 5 september 2006, rolnr. 01-04535, na Cass. 9 oktober 2001, N° 00-14564, vernietiging van Lyon 10 februari 2000.

⁹²⁸ Rb. Utrecht 10 januari 2007, rolnr. 211406/HA ZA 06-1051, LJN AZ6197.

⁹²⁹ 's-Gravenhage 26 maart 2003, rolnr. 2000/564, LJN AF6263, *NJ* 2003, 249, bevestiging Rb. 's-Gravenhage 2 februari 2000, rolnr. 96/1581, *NJK* 2000, 54; S. SLABBERS, "Jurisprudentie: wrongful birth en wrongful life", *Vrb* 2000, 61-65.

⁹³⁰ Hoge Raad 18 maart 2005, N° C03/206HR, ECLI:NL:PHR:2005:AR5213, *RvdW* 2005, 42, *VR* 2005, 47, *JA* 2005/34 met noot van F.M. Ruitenbeek-Bart, *NJ* 2006, 606 met noot van J.B.M. Vranken, *RV* 2014/149 met noot van Redactie

wrongful birth-wrongful life vordering in de rechtspraakanalyse was ten aanzien van een vroedvrouw en de nadruk van deze bijdrage niet op de schade ligt, zal dit type van rechtsvordering niet *in extenso* besproken worden.⁹³¹

De vordering tot schadevergoeding van ouders tegen een zelfstandige verloskundige werd ongegrond verklaard door de eerste rechter en bevestigd door het hof van beroep van 's-Hertogenbosch. Er was niet bewezen dat er al in de vierde maand van de zwangerschap sprake was van groeiretardatie (gewichtssachterstand), dat de moeder een glucosetekort had, dat op de dag van de bevalling vóór de komst van de vervangende vroedvrouw de vliezen waren gebroken en het vruchtwater meconiumhoudend was. De aanstelling van een deskundigencollege in hoger beroep, leidde tot dezelfde uitspraak. Er lag geen bewijs voor dat een onzorgvuldigheid in de prenatale opvolging de oorzaak was van de ontwikkelingsachterstand van het kind.⁹³²

van Rechtspraak Vermogensrecht; zie voor een rechtsvergelijkende analyse inzake de *wrongful birth* en *wrongful life* vorderingen de conclusie van de procureur van het Hof, Mr. A.S. Hartkamp.

⁹³¹ Zie voor meer info:

(België) T. VANSWEEVELT, *De aansprakelijkheid van de arts en het ziekenhuis voor eigen gedrag*, 1394-1404; B. WEYTS, "Actuele ontwikkelingen in het buitencontractueel aansprakelijkheidsrecht" in T. VANSWEEVELT en B. WEYTS (eds.) *Actuele ontwikkelingen in het aansprakelijkheidsrecht en verzekeringsrecht*, Antwerpen, Intersentia, 2015, 21-23.

(Nederland) Hoge Raad 18 maart 2005, N° C03/206HR, ECLI:NL:PHR:2005:AR5213, Baby Kelly arrest; X., *Wrongful Birth en Wrongful Life*, Kluwer, Deventer, 2004, 204 p;

(Frankrijk) Cass. 17 november 2000, N° 99-13.701, Perruche arrest; B. PITCHO, "Wrongful Birth and Wrongful Life regarding French Law" in S.C.J.J. KORTMAN en B.C.J. HAMEL (eds.), *Wrongful birth and wrongful life*, Deventer, Kluwer, 2004, 93-110; J.B.M. VRANKEN, "Wrongful life in Frankrijk: drie recente uitspraken", *WPNR* 2001, nr. 6465, 753; J.L. AUBERT, "Indemnisation d'une existence handicapée qui, selon le choix de la mère, n'aurait pas être", *Dalloz* 2001, 489; L. AYNES, "Préjudice de l'enfant né handicapé: la plainte de Job devant la Cour de Cassation", *Dalloz* 2001, 492; F. DREIFUSS-NETTER, "Observations hétérodoxes sur la question du préjudice de l'enfant victime d'un handicap congénital non décelé pendant la grossesse", *Méd et Droit* 2001, afl. 46, 1-6; R.O. DALCQ en J. DALCQ, "Préjudice subi par un enfant qu'on a laissé en dépit du vœu de ses parents de recourir à un avortement si des séquelles d'une rubéole existaient", *Journal des procès* 2000, 8-16.

⁹³² Rb. Breda 31 maart 1987, bevestigd door 's-Hertogenbosch 30 juli 1991, rolnr. 492/87, voorziening verworpen door HR 12 februari 1993; Nadien hebben de ouders nog een procedure opgestart tegen de gerechtsdeskundigen, omdat ze van oordeel waren dat ze documenten hadden achtergehouden en niet zorgvuldig hun opdracht hadden uitgevoerd, zonder succes: Rb. Arnhem 23 november 2000, bevestigd door Arnhem 20 november 2001 en 18 maart 2003, rolnr. 01/137, voorziening afgewezen door HR 24 december 2004, N° C03/268; Vervolgens stelden de ouders nog twee vorderingen in tot herroeping van het arrest van 30 juli 1991, opnieuw zonder succes: Arnhem 22 september 2009, rolnr. 200.023.607, LJN BL1109 en 's-Hertogenbosch 2 november 2010, rolnr. HD 200.032.090; Het Medisch Tuchtcollege van Eindhoven legde op 28 februari 1983 wel een waarschuwing op aan de verloskundige voor het niet tijdig sturen van een 'waarneemster' naar de bevalling, maar dat stond niet in causaal verband met de schade van de baby.

D. De rol van de vroedvrouw in het geven van gezondheidsvoorlichting

497. Binnen de verloskunde is het belangrijk om de patiënte op de hoogte te stellen van de risico's van bevallen en de alarmtekens (zoals bloedverlies of verminderde kindsbewegingen) die kunnen wijzen op een pathologie, die een onmiddellijke ziekenhuisopname noodzakelijk maken. Het sensibiliseren van patiënten is een essentiële opdracht, die volledig past in het profiel van de vroedvrouw.

De rechtbank van eerste aanleg te Gent kende een morele schadevergoeding toe aan de ouders van een kind met het downsyndroom wegens het verlies van een kans om abortus te laten uitvoeren. Een gebrekkige communicatie inzake het resultaat van de screeningstest op het syndroom van Down lag aan de basis van het schadegeval. De gynaecoloog ondertekende het aanvraagformulier, maar deed geen navraag over het resultaat bij de huisarts die voor de bloedafname zorgde. Zij meende dat er geen verhoogd risico was, zonder werkelijk het resultaat te kennen. De huisarts ontving het resultaat van het labo, maar bleef in gebreke de gynaecoloog hierover in kennis te stellen.⁹³³ In een volledig gelijkaardige Franse zaak werd de gynaecoloog aansprakelijk gesteld wegens het niet meedelen van het resultaat van de screeningstest aan de ouders, ondanks de brief van het labo die een zeer hoog risico vermeldde.⁹³⁴

Het hof van beroep van Aix-en-Provence kwalificeerde het niet afnemen van een Hiv-test door de vroedvrouw, gynaecoloog en huisarts niet als een fout, vermits dit in 1998 geen standaard prenatale test was. De zorgverleners waren niet aansprakelijk voor de Hiv-besmetting van de baby, die pas twee jaar later ontdekt werd.⁹³⁵

In een strafzaak naar aanleiding van het overlijden van een baby na een placentaloslating haalde de eerste rechter scherp uit naar de moeder. Gezien haar prenatale lessen bij Kind & Gezin (gegeven door een vroedvrouw), behoorde ze te weten dat haar klachten (harde buik en buikpijn op 35 weken zwangerschap) ernstig waren. In de plaats van zich meteen naar het ziekenhuis te begeven, ging kostbare tijd verloren met het telefonisch contacteren van zorgverleners en de consultatie bij de gynaecoloog af te wachten.⁹³⁶

In een andere zaak stelde het hof van beroep van Grenoble een gynaecoloog aansprakelijk voor het niet inlichten van zijn patiënte inzake de risico's van een stuitbevalling. Het

⁹³³ Rb. Gent 25 september 2009, rolnr. 06/4062.

⁹³⁴ Versailles 8 juli 1993, G. DECROIX, "Réseau de soins et responsabilité en obstétrique", *Réseau Périnat-Sud* 2006.

⁹³⁵ Rb. Marseille 12 april 2007, rolnr. 05/03761, bevestigd door Aix-en-Provence 8 april 2009, rolnr. 07/07976, voorziening afgewezen door Cass. 20 januari 2011, N° 09-68.042.

⁹³⁶ Corr. Leuven 19 september 2005, Not.nr. LE.46.99.691-97, bevestigd door Brussel 10 oktober 2007, rolnr. 2005/1067 (dekking net voor uitspraak in hoger beroep, geen veroordeling van zorgverleners); Deze zaak is statistisch opgenomen onder de subcategorie 'Herkennen van pathologie', Placentaloslating.

uitzonderlijke karakter van het risico op een schouderletsel bij een stuitbevalling ontsloeg de arts niet van zijn informatieplicht.⁹³⁷

Het is evident dat als een patiënte een bepaalde prenatale test laat uitvoeren, het navragen van het resultaat een *conditio sine qua non* is binnen een goede communicatie tussen patiënte en zorgverlener. Teneinde alle materiële vergissingen uit te sluiten is het aangewezen om het resultaat ook schriftelijk mee te delen/mee te geven aan de patiënte. Dit laatste had de geboorte van een zwaar gehandicapte baby, wegens een toxoplasmose-infectie, naar alle waarschijnlijkheid kunnen voorkomen. Daar de gynaecoloog bij wijze van materiële vergissing (serologie verkeerd afgelezen) zijn patiënte als immuun voor toxoplasmose beschouwde, ontving de patiënte geen enkele richtlijn ter preventie van een dergelijke infectie. In werkelijkheid was de patiënte niet immuun en liep zij de infectie op, met een hydrocefalie voor de baby tot gevolg.⁹³⁸ Zowel de eerste rechter als de rechter in hoger beroep te Luik stelden de aansprakelijkheid van de gynaecoloog vast.⁹³⁹

In 2000 ging een verzekeraar over tot gedeeltelijke dekking van een schadegeval, veroorzaakt door haar verzekerde gynaecoloog. Deze laatste had gonadotrofines opgestart in het kader van een fertiliteitsbehandeling zonder duidelijke indicatie en echocontrole, en zag er niet formeel op toe dat zijn patiënte voor de nacontroles opdaagde. De patiënte nam bijgevolg te veel medicatie aan een te hoge dosis in, met het ‘Ovarian hyper stimulation Syndrome’⁹⁴⁰ als resultaat.⁹⁴¹ Afdoende informatie inzake de noodzakelijkheid van een nacontrole bij een fertiliteitstechniek had deze schade mogelijks kunnen voorkomen.

In oktober 1981 overleed een baby ten gevolge van een acute rhesusincompatibiliteit.⁹⁴² De patiënte ervaarde verminderde kindsbewegingen, ging niet naar het ziekenhuis, maar wachtte op de geplande consultatie bij de gynaecoloog. Gelet op het besluit van de raadsgeneesheer dat de betrokken zorgverleners hun informatieplicht naar de patiënte toe hadden geschonden, is de Belgische verzekeraar tot dading overgegaan.

⁹³⁷ Grenoble 5 september 2006, rolnr. 01-04535, na Cass. 9 oktober 2001, N° 00-14564, vernietiging van Lyon 10 februari 2000.

⁹³⁸ Vergroting van de hersenkamers ten gevolge van te veel hersenvocht, hetgeen hersenbeschadiging veroorzaakt.

⁹³⁹ Rb. Luik 21 januari 2000, rolnr. 94/3777/A, bevestigd door Luik 24 juni 2002, rolnr. 2000/AR/314, *T.Gez.* 2007-08, 242, voorziening afgewezen door Cass. 13 februari 2004, N° C.02.0616.F.

⁹⁴⁰ Overstimulatie van de eierstokken met rijping van meerdere eicellen tot gevolg, die de bloedvaten in de eierstokken kunnen beschadigen door de overmatige zwelling.

⁹⁴¹ Na een embryoreductie van zes naar twee, vond in januari 1999 de geboorte van een tweeling plaats. De raadsgeneesheer was van oordeel dat de hersenschade van de baby's te wijten was aan de premature geboorte op 31 weken zwangerschap. De schade aan de moeder (depressie) kwam wel in aanmerking voor dekking; S. TACK, *De zwangere vrouw en haar recht op informatie*, 126-127.

⁹⁴² Het afweersysteem van de moeder maakt antistoffen aan tegen de bloedgroep van de baby, met schade voor de baby tot gevolg, wegens het incompatibel zijn van de rhesusfactor van de moeder en de baby.

E. De uitvoering van een abortus

498. Het onderzoek naar relevante rechtspraak bracht geen enkele gerechtelijke procedure op inzake het (illegaal) uitvoeren van een abortus door een Franse vroedvrouw of Nederlandse verloskundige. Enkel in België werden twee zaken gepubliceerd.

499. Het hof van beroep van Gent veroordeelde in 1988, twee jaar vóór de Abortuswet, verschillende zorgverleners (onder meer vroedvrouwen en gynaecologen) voor vruchtafdrijving, ondanks de vrij spraak in eerste aanleg op grond van de noodtoestand.⁹⁴³

500. Het tijt keerde natuurlijk met de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking, die de uitvoering van een abortus bij een vrouw verkerend in een noodsituatie legaliseerde.⁹⁴⁴ In 2006 sprak de correctionele rechtbank van Brugge zorgverleners vrij van onwettige uitoefening van een abortus, gelet op de noodsituatie waarin de vrouwen zich bevonden, die zelfs het afwijken van de voorziene bedenkttermijn rechtvaardigde.⁹⁴⁵ De appreciatie over de noodsituatie ligt binnen de bevoegdheid van de arts.

501. De wet voorziet dat een vrouw haar verzoek tot abortus tot een arts richt, dus de instemming van de vrouw met de abortus is een *conditio sine qua non* voor de legale uitvoering ervan. Relevant in deze problematiek is de zaak van een Antwerpse arts, die bij arrest van het hof van beroep van Antwerpen van 13 januari 2012 schuldig werd bevonden voor het opzettelijk veroorzaken van een abortus, zonder de toestemming van de patiënte. Hij kon zijn straf ondergaan door middel van elektronisch toezicht. Deze strafsancie verhinderde het verderzetten van de werkzaamheden van de arts niet. De Provinciale Raad van Antwerpen besloot op 26 juni 2013 de arts definitief te schrappen van de lijst van de Orde van Artsen, na afloop van zijn tuchtonderzoek, opgestart in 2008. De tenuitvoerlegging van de schrapping werd echter geschorst conform artikel 21, lid 2 koninklijk besluit nr. 79 betreffende de Orde van Artsen, omdat de arts beroep aantekende tegen de tuchtsancie. De Orde van Artsen kon zich met deze situatie niet verzoenen, gezien de ernst van de problematiek, namelijk een arts die op “systematische wijze illegale abortussen uitvoerde op slachtoffers van mensenhandel die gedwongen werden om in de prostitutie te werken”.⁹⁴⁶ De Orde van Artsen trok naar de kortgedingrechter met het verzoek om bij voorlopige maatregel een beroepsverbod op te leggen aan de arts in afwachting van de beslissing van de Raad van Beroep. De Orde van Artsen haalde zijn slag niet thuis, gelet op het feit dat de schorsing van de tenuitvoerlegging van een tuchtsancie bij het aantekenen van hoger beroep, expliciet wordt

⁹⁴³ Gent 14 november 1988, *VI. T.Gez.* 1989, 245, noot M. VAN LIL, hervorming van Corr. Gent 12 februari 1988, *VI. T.Gez.* 1988, 347.

⁹⁴⁴ Art. 350 Sw.

⁹⁴⁵ Corr. Brugge 7 februari 2006, *T. Gez.* 2006-07, 186.

⁹⁴⁶ R. VAN GOETHEM, “Over geschrapte artsen die de geneeskunde uitoefenen ... De ineffectiviteit van het tuchtrecht bij gevaarlijk gedrag ten aanzien van patiënten”, *T.Gez.* 2013-14, 320-322.

voorzien in de wetgeving.⁹⁴⁷ Uiteindelijk bevestigde de Raad van Beroep de schrapping. Hoewel de arts geen enkele medische handeling meer mag stellen, wordt hij er opnieuw van verdacht illegale abortussen bij prostituees te hebben uitgevoerd. Het gerechtelijk onderzoek loopt nog.⁹⁴⁸ Een dergelijke casus zou nu aanleiding kunnen geven tot een schorsing van het visum door de geneeskundige commissie. Sinds eind mei 2014 heeft de geneeskundige commissie immers de mogelijkheid om het visum in te trekken van een beroepsbeoefenaar, indien uit “ernstige en eensluidende aanwijzingen blijkt dat de verdere beroepsuitoefening door de betrokkene voor zware gevolgen voor de patiënten of de volksgezondheid doet vrezen”.⁹⁴⁹

III.2.4. Perinatale zorg

A. Empirie

502. Dit onderdeel licht de valkuilen toe bij het handelen van de vroedvrouw/gynaecoloog in de arbeids- en bevallingsfase. De 151 gerechtelijke procedures werden opgedeeld in vier categorieën: het herkennen van pathologie (zie B), de interventie na de vaststelling van pathologie (zie C), de interpretatie van foetale monitoring (zie D) en de samenwerking op basis van het patiëntendossier (zie E).

503. De eerste drie zijn belangrijke bevoegdheden van de vroedvrouw/gynaecoloog; de vierde is van meer algemene aard binnen de medische praktijk.

504. Per categorie wordt een summier overzicht gegeven van de relevante zaken, na een beschrijving van de rechtsgrond van de specifieke bevoegdheid.

505. In twee op de drie zaken (65% of 98/151) besloot de rechtbank tot de aansprakelijkheid van de betrokken zorgverlener(s).

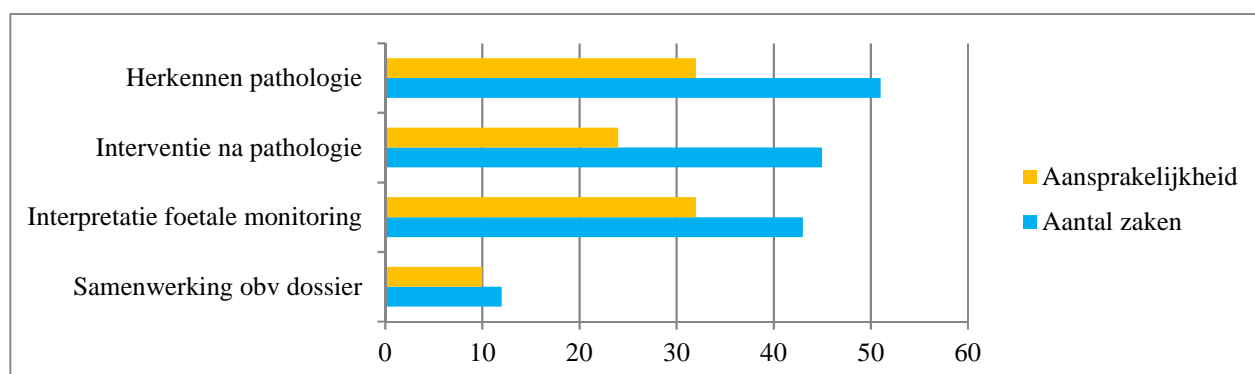
⁹⁴⁷ Antwerpen (kort geding) 15 januari 2014, *T.Gez.* 2013-14, afl. 5, 317, noot R. VAN GOETHEM; “Man werd vorig jaar veroordeeld voor illegale abortus. Veroordeelde dokter mag arts blijven”, *Het Nieuwsblad* 3 oktober 2013.

⁹⁴⁸ “Praktijk van Antwerpse abortusdokter verzegeld”, *ATV* 30 juli 2016.

⁹⁴⁹ Art. 119, §1, 2^o WUG, ingevoegd door artikel 2 Wet 10 april 2014 tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, *BS* 20 mei 2014.

Grafiek 9

Kwalificatie verloskundig handelen in de perinatale periode



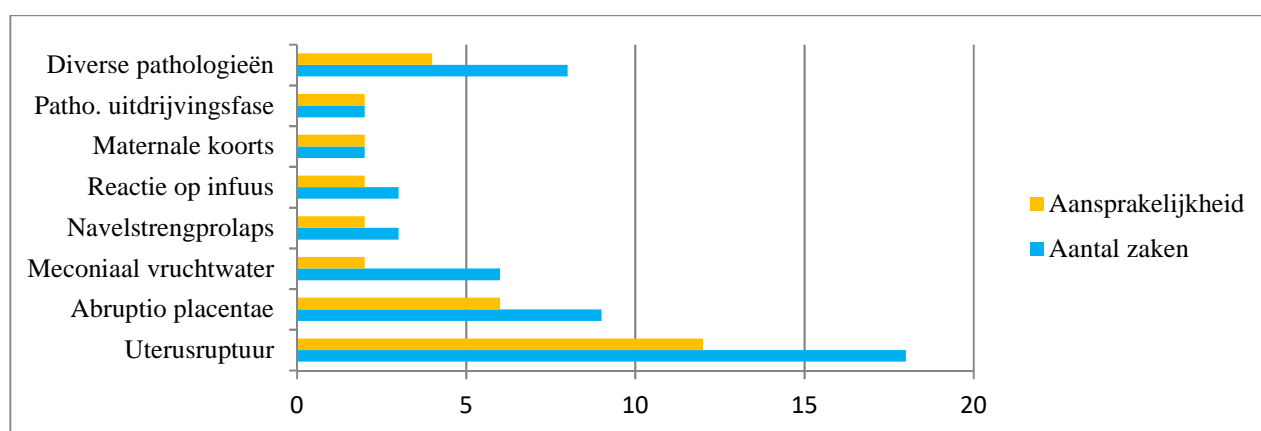
B. Herkennen van pathologie: risicodetectie

B.1. Empirie

506. Het herkennen van een specifieke pathologie is met 51 zaken, dé bevoegdheid die het meest ter discussie stond. De aansprakelijkheidsgraad is 63% (32/51), voor alle zorgverleners samen. Koploper is de herkenning van een uterusruptuur, meteen gevolgd door een *abruptio placentae*, beide complicaties met zeer noodlottige gevolgen voor moeder en/of kind.

Grafiek 10

Soorten pathologieën



B.2. Juridische basis

507. Naast de algemene bevoegdheid van een arts-specialist om pathologie te herkennen en tegemoet te komen, voorziet Europese regelgeving voor de vroedvrouw een specifieke bevoegdheid ter zake, “de vrouw tijdens de bevalling bijstaan en de toestand van de foetus in utero met passende klinische en technische middelen volgen” en “bij moeder en kind de tekenen van stoornissen onderkennen waarbij het ingrijpen van een arts vereist is en hem indien nodig assisteren”.⁹⁵⁰

508. De Belgische vroedvrouw moet risico's opsporen bij moeder en kind om in zwangerschappen met een verhoogd risico door te verwijzen.⁹⁵¹ Dit valt onder de ‘alarmbelfunctie’ van de vroedvrouw.⁹⁵² De zorgrichtlijnen van het KCE inzake goede klinische praktijk bij laag risico bevallingen en de aanbevolen onderzoeken bij een zwangerschap, hebben in deze bevoegdheid een groot belang.⁹⁵³ Specifieke richtlijnen inzake de opsporing van of de interventie bij een placentaloslatie ontbreken.

509. De Verloskundige Indicatielijst benadrukt het belang van risicodetectie voor de Nederlandse gynaecoloog en verloskundige.⁹⁵⁴ Tijdens de bevalling moet de verloskundige onder meer doorverwijzen in geval van: foetale nood, niet vorderende uitdrijving, *abruptio placentae* en meconiaal vruchtwater. De poortwachtersfunctie van de verloskundige is ook tijdens de begeleiding van de bevalling zeer belangrijk.⁹⁵⁵ De Franse vroedvrouw staat algemeen gezien in voor de opsporing van pathologische situaties, ook tijdens de bevalling.⁹⁵⁶

⁹⁵⁰ Art. 24 en 42 Richtlijn Europees Parlement en Raad nr. 2005/36/EG, 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties, *Pb. L.* 30 september 2005, afl. 255.

⁹⁵¹ Art. 62, §1, 1°, d WUG *juncto* artikel 4, §2 KB 1991.

⁹⁵² T. VANSWEEVELT, “De aansprakelijkheid van de vroedvrouw” in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek Gezondheidsrecht*, Volume I, Antwerpen, Intersentia, 2014, 1538.

⁹⁵³ KCE, *Richtlijn 139A inzake goede klinische praktijk bij laag risico bevallingen*, 2010, en *Richtlijn 248 As inzake de aanbevolen onderzoeken tijdens de zwangerschap*, 2015, zie voor meer info <https://kce.fgov.be/nl>.

⁹⁵⁴ Commissie Verloskunde van het College voor zorgverzekeringen, *Verloskundig Vademecum, Verloskundige Indicatielijst*, 2003, 94-121.

⁹⁵⁵ Art. 5, 1° Besluit 2008.

⁹⁵⁶ Art. R.4127-318 I *Code de la santé publique*.

B.3. Tekenen van een uterusruptuur

510. Een uteruslitteken van een vorige sectio is de grootste risicofactor van een uterusruptuur, die tot een hoge foetale en maternale morbiditeit en mortaliteit leidt.⁹⁵⁷

511. De uitspraak in drie Franse gerechtelijke procedures suggereert dat in afwezigheid van een uteruslitteken en mits een adequate interventie om de schade te beperken, een uterusruptuur een zeer pijnlijke complicatie is.⁹⁵⁸ Indien er sprake was van een uteruslitteken kon enkel het meteen herkennen van de symptomen en het adresseren van een uterusruptuur, de aansprakelijkheid van de zorgverlener verhinderen.⁹⁵⁹

512. Het niet identificeren van de alarmtekens of het niet correct interveniëren bij een ruptuur op een litteken, impliceerde dan ook zonder enige uitzondering de aansprakelijkheid van de betrokken zorgverlener(s):

Het hof van beroep van Aix-en-Provence stelde een gynaecoloog voor negentig procent aansprakelijk voor de maternale psychologische schade ten gevolge van het verlies van haar tweeling door een uterusruptuur. Haar eerste baby overleed op 31 weken zwangerschap *in utero*, daarna volgde een inleiding met Prostin® op 38 weken. De herkenning van de uterusruptuur door de vroedvrouw en de interventie van de gynaecoloog waren op zich conform de standaarden. De onzorgvuldigheden betroffen vooral het gebrekkig informeren van de patiënte (zij dacht dat inleiding, een sectio betekende) en de postnatale opvang door de gynaecoloog.⁹⁶⁰

Het hof van beroep van Versailles stelde een gynaecoloog aansprakelijk voor het verlies van een kans van 75% op overleven van moeder en kind. Gelet op de abdominale pijnen en het uteruslitteken (ten gevolge van een myomectomie) had de gynaecoloog veel vroeger de diagnose van een uterusruptuur moeten stellen. De behandeling voor nierkolieken was foutief. Het was uiteindelijk de vroedvrouw die alarm sloeg na het vaststellen van

⁹⁵⁷ M. GUILIANO, E. CLOSSET, D. THERBY, F. LEGOUEFF, P. DERUELLE en D. SUBTIL, "Signs, symptoms and complications of complete and partial uterine ruptures during pregnancy and delivery", *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014, 130-134; D. RONEL, A. WIZNITZER, R. SERGIENKO, A. ZLOTNIK en E. SHEINER, "Trends, risk factors and pregnancy outcome in women with uterine rupture", *Arch Gynecol Obstet* 2012, 317-321.

⁹⁵⁸ KI Chambéry 1 juni 2011, voorziening afgewezen door Cass. 2 mei 2012, N° 11-86573; Parijs 25 februari 2011, voorziening afgewezen door Cass. 4 mei 2012, N° 11-17022; Douai 12 februari 1970, voorziening afgewezen door Cass. 28 oktober 1971, N° 70-90750.

⁹⁵⁹ Chambéry 19 januari 1995, voorziening afgewezen door Cass. 28 februari 1996, N° 95-81216; KI Aix-en-Provence 13 januari 1994, voorziening afgewezen door Cass. 30 november 1994, N° 94-81093; Versailles 21 februari 1985, voorziening afgewezen door Cass. 24 november 1987, N° 85-13993.

⁹⁶⁰ Aix-en-Provence 20 november 2013, rolnr. 2013/00464, hervorming van Rb. Nice 7 november 2011, rolnr. 10/3321.

ademhalingsmoeilijkheden van de patiënte. De spoedsectio is niet meer kunnen doorgaan, de patiënte overleed aan een hartstilstand ten gevolge van een vruchtwaterembolie.⁹⁶¹

Het Gentse hof van beroep legde (na een procedureslag van 22 jaar) de verhouding in aansprakelijkheid tussen de gynaecoloog en de vroedvrouw op respectievelijk zestig en veertig procent vast, wegens het laattijdig herkennen van en reageren op de tekenen van een uterusruptuur. De vroedvrouw verloor kostbare tijd door met een nieuwe monitor koortsachtig te zoeken naar foetale harttonen en de gynaecoloog had de patiënte van naderbij moeten opvolgen gezien het risico.⁹⁶²

De correctionele rechtbank van Alkmaar veroordeelde een gynaecoloog voor onopzettelijke doding van een baby en onopzettelijke slagen en verwondingen van de moeder. De onzorgvuldigheden waren: gebrekkige communicatie met de patiënte en de assisterende verloskundigen en een onzorgvuldige evaluatie van de stimulatie tijdens de arbeid.⁹⁶³ De verloskundige was niet in de strafprocedure betrokken, maar liep wel een tuchtsanctie op wegens het laattijdig reageren.⁹⁶⁴

De gevolgen van het niet tijdig reageren op een uterusruptuur rekende het hof van beroep van Bordeaux toe aan zowel de gynaecoloog (vijftig procent), het ziekenhuis voor de fout van de vroedvrouw (dertig procent) en de anesthesist (twintig procent). Pas twintig jaar na de feiten kwam er een definitief arrest inzake de omvang van de schadevergoeding.⁹⁶⁵

In verschillende zaken herkende de vroedvrouw tijdig de alarmtekenen van een uterusruptuur, maar voerde de gynaecoloog vervolgens een inadequaat beleid, hetgeen zijn/haar aansprakelijkheid met zich meebracht.⁹⁶⁶

In een Belgische strafzaak stelde het college van gerechtsdeskundigen een duidelijke nalatigheid vast van de vroedvrouw die de arbeid opvolgde. Ze herkende te laat de tekenen

⁹⁶¹ Versailles 20 november 2013, rolnr. 13/00971, na Cass. 15 januari 2013, N° 11-87684, op burgerlijk gebied vernietiging van Versailles 27 september 2011.

⁹⁶² Rb. Gent 25 maart 2010, rolnr. 09/1348/A (50%-50%), hervormd door Gent 18 april 2013, rolnr. 2010/AR/1864; Procedurele voorafgaanden: Corr. Gent 11 oktober 1995, notitiennr. GE.46.90.3502/91, hervormd door Gent 27 juni 1996, arrestnr. 80594 (strafrechtelijke vrijspraak), vernietigd op burgerlijk gebied door Cass. 15 december 1998, N° P.96.1206.N; Brussel 4 november 2004, arrestnr. 1061 (gynaecoloog en vroedvrouw burgerlijk aansprakelijk), voorziening afgewezen door Cass. 26 april 2005, nr. P.04.1614.N/1.

⁹⁶³ Corr. Alkmaar 24 september 2012, rolnr. 14-701283-11, LJN BX8124, hervormd (wat de strafmaat betrof) door Amsterdam 17 juni 2014, rolnr. 23-004267-12, ECLI:NL:GHAMS:2014:2280.

⁹⁶⁴ Regionaal Tuchtcollege 12 april 2011, TvV. 2011, 53-56.

⁹⁶⁵ Bordeaux 13 november 2011, herziening van Rb. Angoulême 12 maart 2009, rolnr. 10/01541; Afhandeling van de schadevergoeding: Bordeaux 14 januari 2015, rolnr. 13/01303, herziening van Rb. Angoulême 7 februari 2013, rolnr. 10/01541.

⁹⁶⁶ s'-Gravenhage 29 september 2009, rolnr. 105.006.478/01, LJN BK1574; Metz 24 september 2009, rolnr. 07/00780; Fort-de-France (Cayenne) 23 juni 1997, voorziening afgewezen door Cass. 14 oktober 1998, N° 97-84648.

van een dreigende uterusruptuur: hoge pijn, geen vorderende arbeid ondanks stimulatie, baarmoederatonie en dalende harttonen. Bijgevolg waarschuwde ze ook de gynaecoloog te laat. Deze laatste bleef op haar beurt in gebreke duidelijke instructies te geven aan de vroedvrouw voor de opvolging van de arbeid en was volgens het college beter in eerste instantie overgegaan tot sectio. Een proefarbeid was gelet op de preciaire toestand van de uterus (aangetast door abdominale radiotherapie) immers niet aangewezen. Bij de moeder werden de uterus en de ovaria verwijderd, gelet op het massaal abdominaal bloedverlies en de baby overleed na twee jaar ten gevolge van de hersenschade. De raadkamer van Brugge besloot tot de buitenvervolginstelling van een tweede gynaecoloog en een tweede vroedvrouw die ten onrechte in de procedure betrokken waren.⁹⁶⁷

Het hof van beroep van Toulouse stelde een gynaecoloog burgerlijk aansprakelijk voor het overlijden van een moeder van 44 jaar met vijf kinderen, na een uterusruptuur. Het akkoord gaan met het verzoek van de patiënte om ingeleid te worden (zonder medische oorzaak) op haar huwelijksverjaardag, werd als zeer risicovol beoordeeld, gezien de voorgeschiedenis van de patiënte. Bij de vorige bevalling moest na een hemorragie en een hartstilstand, chirurgisch worden ingegrepen. Het betrof tevens een zwangerschap, die medisch geassisteerd werd door de desbetreffende gynaecoloog.⁹⁶⁸

In twee andere Franse zaken veroordeelde de strafrechter in de jaren '80 twee vroedvrouwen voor respectievelijk onopzettelijke slagen en verwondingen en onopzettelijke doding van moeder en kind. In de eerste zaak herkende de vroedvrouw de symptomen van een uterusruptuur laattijdig en in de tweede zaak stimuleerde (op voorschrift van de gynaecoloog) de vroedvrouw de arbeid ongecontroleerd en oefende ze fundusdruk uit bij een stuitbevalling, hetgeen de directe oorzaken waren van een uterusruptuur.⁹⁶⁹ In een laatste Franse zaak gaf het stimuleren van de arbeid, maar zonder medische indicatie en het zo in de hand werken van een ruptuur, aanleiding tot de aansprakelijkheid van de gynaecoloog.⁹⁷⁰

⁹⁶⁷ Rk. Brugge 5 november 2008, notitiennr. BG.46.99.292-98; Rb. Brugge, rolnr. 03/2619/A: de burgerlijke procedure, opgestart in 2003 tegen het ziekenhuis en de gynaecoloog, werd bij gebrek aan verzoek tot handhaving ambtshalve weggelaten van de rol.

⁹⁶⁸ Rb. Toulouse 13 januari 1994, bevestigd door Toulouse 3 juni 1996, voorziening afgewezen door Cass. 27 mei 1998, N° 96-19161.

⁹⁶⁹ Metz 7 januari 1987, voorziening afgewezen door Cass. 21 maart 1989, N° 87-80545; Parijs 4 juli 1980, voorziening afgewezen door Cass. 13 december 1983, N° 80-93708.

⁹⁷⁰ Rennes 5 november 1986, voorziening afgewezen door Cass. 20 december 1988, N° 87-10327.

B.4. Tekenen van een *solutio placentae*

513. Net zoals een uterusruptuur kan een placentaloslating gepaard gaan met veel bloedverlies, nefast voor moeder en kind.⁹⁷¹ De opsporing is geen sinecure, vooral niet als de typische tekenen ontbreken (atypische loslating). De *post factum* evaluatie heeft dan ook geleid tot verschillende uitspraken ten aanzien van de aansprakelijkheid van de zorgverlener.

514. De uitspraken in een Belgische burgerlijke zaak en een Franse strafrechtelijke zaak suggereren dat bij de afwezigheid van de typische tekenen en mits een adequate interventie om de schade te beperken, een placentaloslating een zuivere complicatie is.⁹⁷² Dit betekent dat de gevolgen inherent zijn aan de pathologie en dat er dus geen aansprakelijkheid van een zorgverlener is.

515. Als één van de typische tekenen zich wel manifesteerde, zoals acute hevige buikpijn al dan niet gevolgd door vaginaal bloedverlies, werd het niet nemen van de parameters, het niet verrichten van een bloedafname, het niet installeren van foetale monitoring of het te laat uitvoeren van een sectio, als een onzorgvuldigheid van de vroedvrouw/gynaecoloog beschouwd.⁹⁷³

516. In een vrij recente zaak sprak de correctionele rechtbank van Antwerpen de vroedvrouw vrij van schuldig verzuim, onopzettelijke doding van de baby en onopzettelijke slagen en verwondingen van de moeder. Ondanks het feit dat de vroedvrouw in een pathologische situatie (hoge bloeddruk, buikpijn, weinig bloedverlies, explosief braken) geen gynaecoloog verwittigde, was het causaal verband met de schade onzeker. De gerechtsdeskundigen konden niet met zekerheid bepalen of de baby was overleden ten gevolge van de placentaloslating, dan wel door de samenloop van en het geheel van de omstandigheden.⁹⁷⁴

517. Het hof van beroep van Aix-en-Provence stelde een gynaecoloog aansprakelijk voor het verlies van een kans (tien procent) op een geboorte van een normaal kind, wegens het niet uitvoeren van een echo en/of foetale monitoring bij een patiënte opgenomen met abdominale pijn op zes

⁹⁷¹ T. BOISRAMÉ, N. SANANÈS, G. FRITZ, E. BOUDIER, G. AISSI, R. FAVRE en B. LANGER, "Placental abruption: risk factors, management and maternal-fetal prognosis. Cohort study over 10 years", *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014, 100-104; D.A. ELSASSERA, C.V. ANANTHA, V. PRASADB en A.M. VINTZILEOSC, "Diagnosis of placental abruption: relationship between clinical and histopathological findings", *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010, 125-130.

⁹⁷² Bordeaux 10 april 2008, rolnr. 07/00968, voorziening afgewezen door Cass. 27 januari 2009, N° 08-83526; Gent 8 februari 2007, rolnr. 2005/2253.

⁹⁷³ Bergen 24 april 2003, rolnr. 2001/809, *RGAR* 2004, nr. 13870 (erkenning aansprakelijkheid van ziekenhuis en gynaecoloog, discussie betrof omvang schadevergoeding); Corr. Rennes 3 juli 2003, bevestigd door Rennes 14 oktober 2004, rolnr. 04/00435; Luik 26 maart 1991, *Pas.* 1991, II, 132, *RGAR* 1994, nr. 12327; Rb. Antwerpen 2 november 2011, 09/6911/A (vonnis van doorhaling wegens dading na aanstelling gerechtsdeskundige).

⁹⁷⁴ Corr. Antwerpen 27 november 2014, Not. Nr. AN.30.99.72-10; De burgerlijke partijen tekenden op burgerlijk gebied hoger beroep aan, zaak nog hangende.

maanden zwangerschap. Twee dagen na de opname bleek de baby *in utero* overleden te zijn, ten gevolge van een placentaloslating.⁹⁷⁵

518. Het meteen herkennen van deze specifieke pathologie is één zaak, de uitvoering van een spoedsectio is een tweede zaak. Hiervoor dient de gynaecoloog een beroep te doen op andere zorgverleners en moet de communicatie correct verlopen. In een Franse zaak achtte de rechter zowel de gynaecoloog als het ziekenhuis aansprakelijk, wegens een gebrekkige organisatie van de wachttregeling waardoor de sectio niet meteen doorgang vond.⁹⁷⁶ Dit was ook de reden van dekking van de verzekeraar van het ziekenhuis in een andere, Belgische zaak. De rechter vond het handelen van de verschillende zorgverleners *lege artis*, maar met een gebrekkig oproepsysteem was een slechte uitkomst onvermijdbaar.⁹⁷⁷

B.5. Meconiaal vruchtwater

519. Uit de rechtspraakanalyse blijkt dat een verontrustende foetale monitoring in combinatie met meconiaal vruchtwater een verhoogde staat van waakzaamheid vereist van de betrokken zorgverleners.⁹⁷⁸

Het hof van beroep van Riom stelde de gynaecoloog (45%), het ziekenhuis (vijftig procent voor de fouten van twee vroedvrouwen) en de anesthesist (vijf procent) aansprakelijk voor het verlies van een kans van 95% op een betere uitkomst. Het betrof een patiënte met een uteruslitteken, met meconiaal vruchtwater en een pathologisch foetaal hartritme. De vroedvrouwen hebben de foetale stress volledig onderschat. De anesthesist verwittigde zijn collega gynaecoloog niet na het plaatsen van de epidurale, ondanks de degraderende foetale toestand. De gynaecoloog ten slotte opteerde alsnog voor een vaginale bevalling, ondanks het feit dat een sectio de enige correcte optie was. De baby leed zware hersenschade.⁹⁷⁹

Een gynaecoloog die verontrustende berichten van de vroedvrouw (maternale koorts, tachycardie en meconiaal vruchtwater) in de wind sloeg, werd veroordeeld wegens schuldig verzuim door de correctionele rechtbank te Antwerpen. Het handelen en het rapporteren van de vroedvrouw was correct, hetgeen leidde tot een vrijspraak van het

⁹⁷⁵ Aix-en-Provence 5 november 2008, rolnr. 07/05915, bevestiging van Rb. Aix-en-Provence 22 januari 2007, rolnr. 05/06369.

⁹⁷⁶ Orléans 12 maart 2007, voorziening afgewezen door Cass. 13 november 2008, N° 07-15049.

⁹⁷⁷ Brussel 10 oktober 2007, rolnr. 2005/1067 (dekking net voor uitspraak in hoger beroep, geen aansprakelijkheid).

⁹⁷⁸ Montpellier 19 september 2006, rolnr. 05/03420; Amsterdam 4 november 2004, *T. Gez.* 2005, 243-246; Leeuwarden 3 november 2004, rolnr. 0100091, LJN AR5199; In een gelijkaardige zaak verbrak het Franse Hof van Cassatie op 15 april 2008 (N° 07-84.323) het arrest van het hof van beroep van Bordeaux van 31 mei 2007 op burgerlijk gebied. De vrijspraak van de gynaecoloog en de vroedvrouw voor onopzettelijke slagen en verwondingen bleef behouden, maar het hof van beroep van Toulouse moest zich buigen over de vraag of er geen verlies van een kans was, mocht de sectio vroeger zijn uitgevoerd na een eerdere diagnose van foetale nood. Het arrest van het hof van beroep van Toulouse is (nog) niet gepubliceerd.

⁹⁷⁹ Riom 2 juli 2014, rolnr. 09/02942, hierziening van Rb. Cleremont Ferrand 2 december 2009.

ziekenhuis. Het hof van beroep verleende de vrijspraak aan de gynaecoloog, omdat er te veel twijfel bestond over zijn kennis van de gevaarsituatie waarin zijn patiënte mogelijks verkeerde.⁹⁸⁰

In eerste aanleg stelde de rechtbank van Brussel een ziekenhuis (voor rekening van de vroedvrouwen), een assistent-gynaecoloog en twee gynaecologen niet aansprakelijk voor de hersenschade van een baby, ten gevolge van het inhaleren van meconiaal vruchtwater. Het medisch dossier was zeer goed becommentarieerd en getuigde van een correcte follow-up. De rechtbank stelde dat een bevalling risico's inhoudt en niet elke schade te wijten is aan een medische fout.⁹⁸¹

Het Franse Hof van Cassatie verbrak een arrest, dat een vroedvrouw en gynaecoloog vrijspraak van onopzettelijke slagen en verwondingen. Het gebrek aan causaal verband tussen het onderschatten van de foetale nood en de hersenschade was onvoldoende gemotiveerd. Te meer daar de vroedvrouw onvoldoende correcte informatie verschaftte aan de gynaecoloog inzake de foetale monitoring.⁹⁸²

In een andere Franse zaak stelde het hof van beroep van Angers het ziekenhuis aansprakelijk voor de nalatigheid van de vroedvrouw om bij meconiaal vruchtwater en een verontrustende foetale monitoring de gynaecoloog niet te verwittigen. De huisarts en de gynaecoloog werden ook aansprakelijk gesteld wegens gebrekkige opvolging van de intra-uteriene groeiretardatie van de baby en het niet diagnosticeren van een verhoogd trombosegevaar bij de moeder.⁹⁸³ In een gelijkaardige zaak adviseerde de gerechtsdeskundige dat de hersenschade van een baby vermoedelijk te wijten was aan navelstrengcompressie en niet aan een onderschatting van de foetale nood, gelet op het meconiaal vruchtwater. De vroedvrouw en de gynaecoloog handelden *lege artis*.⁹⁸⁴

⁹⁸⁰ Corr. Antwerpen 2 april 2009, notitienr. AN.46.99.347/04, hervormd door Antwerpen 17 mei 2013, rolnr. 2010/5541, voorziening afgewezen door Cass. 27 mei 2014, N° P.2013.1241.N; Burgelijke procedure is hangende.

⁹⁸¹ Rb. Brussel 7 september 2010, rolnr. 1999/9510/A; Hangende bij het hof van beroep van Brussel, rolnr. 2011/AR/1664; Bij arrest van 26 april 2016 werd nog een lid van het deskundigencollege vervangen en kreeg het college een aanvullende opdracht; Inzake aanstelling gerechtsdeskundigen: Brussel 3 mei 2004, *RGAR* 2006, 14175.

⁹⁸² Cass. 15 april 2008, N° 07-84323, partiële (op burgerlijk gebied) cassatie van Bordeaux 31 mei 2007; Het arrest van het hof van beroep van Toulouse is niet gepubliceerd en kon niet via de griffie worden bekomen.

⁹⁸³ Angers 17 september 2008, rolnr. 05/1956, voorziening afgewezen door Cass. 28 januari 2010, N° 08-20755 en 08-21692.

⁹⁸⁴ Aix-en-Provence 11 maart 2009, rolnr. 07/17381, bevestiging van Rb. Toulon 27 september 2007, rolnr. 06/01565.

B.6. Navelstrengprolaps⁹⁸⁵

520. Het meteen verwittigen door de vroedvrouw bij de vaststelling van een navelstrengprolaps en de correcte interventie van de gynaecoloog, resulteerden in hun vrijspraak voor het hof van beroep van Parijs.⁹⁸⁶ Terecht stelde het hof van beroep te Versailles in een andere zaak het ziekenhuis aansprakelijk voor de foutieve gedraging van de vroedvrouw, met name bij volledige ontsluiting en een slechte foetale monitoring de verloskamer verlaten bij een stuitbevalling en veel te laat de gynaecoloog verwittigen van de navelstrengprolaps, met het overlijden van de baby tot gevolg.⁹⁸⁷ In een gelijkaardige zaak oordeelde het hof van beroep van Parijs in dezelfde zin.⁹⁸⁸

B.7. Reacties op infuus

521. Het negeren door de verloskundige van pijnklachten na de plaatsing van een infuus met Syntocinon®, impliceerde de aansprakelijkheid van het ziekenhuis.⁹⁸⁹ Het niet adequaat reageren op een anafylactische shock na de plaatsing van een infuus met Rheomacrodex® (bloedvolumeverhogend middel ter voorbereiding op een epidurale analgesie), heeft geleid tot de burgerlijke aansprakelijkheid van de anesthesist. De reactie van de vroedvrouw werd correct bevonden, waardoor het ziekenhuis niet aansprakelijk was.⁹⁹⁰ De ontwikkeling van een neurinoom (woekering zenuwweefsel) na de plaatsing van een infuus door een vroedvrouw of anesthesist (kon niet achterhaald worden), was een complicatie. Er kon in hoofde van de zorgverleners geen onzorgvuldigheid worden weerhouden.⁹⁹¹

B.8. Maternale koorts

522. Het onderschatten van maternale koorts, in combinatie met een verontrustende foetale monitoring, leidde tot de burgerlijke aansprakelijkheid van het ziekenhuis en de behandelende gynaecoloog.⁹⁹² Dezelfde foutieve gedraging impliceerde in een andere Franse zaak de strafrechtelijke aansprakelijkheid van de gynaecoloog.⁹⁹³ De vroedvrouw handelde in beide zaken zorgvuldig.

⁹⁸⁵ Bij een navelstrengprolaps komt de navelstreng als eerste in het geboortekanaal. Het gewicht van de baby drukt de navelstreng dicht, waardoor de zuurstoftoevoer naar de foetus in het gedrang komt.

⁹⁸⁶ Parijs 13 oktober 2000, voorziening afgewezen door Cass. 29 oktober 2002, N° 00-22684.

⁹⁸⁷ Versailles 19 januari 2007, rolnr. 03/08089.

⁹⁸⁸ Parijs 11 april 2014, rolnr. 13/00854, herziening van Rb. Créteil 23 oktober 2012, rolnr. 10/06704.

⁹⁸⁹ Rb. Zutphen 22 juni 2011, rolnr. 113450/HA ZA 10-1338.

⁹⁹⁰ Versailles 18 mei 2001, voorziening afgewezen door Cass. 27 januari 2004, N° 01-13499.

⁹⁹¹ Antwerpen 5 juni 2001, *T.Gez.* 2002-03, 102.

⁹⁹² Dijon 18 mei 2004, partiële cassatie (wat betreft de aansprakelijkheid van één gynaecoloog) door Cass. 7 februari 2006, N° 04-17056 (hersenschade door neonatale meningitis).

⁹⁹³ Corr. Versailles 13 december 2004, afhandeling burgerlijke belangen Versailles 23 februari 2006, vernietigd door Cass. 13 februari 2007, N° 06-82264 (neonatale sterfte door sepsis).

B.9. Pathologische uitdrijvingsfase

523. Een huisarts, geconfronteerd met een pathologische bevalling (geringe indaling), bleef in gebreke de deskundigheid van de gynaecoloog in te roepen. Het feit dat ook de vroedvrouw laattijdig de huisarts waarschuwde, rekende het hof van beroep van Antwerpen toe aan de huisarts.⁹⁹⁴ In een gelijkaardige Franse zaak rekende het hof van beroep van Besançon het niet verwittigen van de gynaecoloog bij een langdurige uitdrijvingsfase wel persoonlijk toe aan de vroedvrouw.⁹⁹⁵

B.10. Diverse pathologieën

524. In een recente zaak boog de strafrechter zich over de vraag of zorgverleners schuldig verzuim pleegden door een premature baby van bijna 29 weken niet te reanimeren, op expliciete vraag van de ouders. Ze hadden al twee kinderen met een beperking, de moeder werkte in de gehandicaptensector en wilde geen derde kind met een bepaalde beperking ten gevolge van prematuriteit. In eerste instantie vroeg het Openbaar Ministerie de doorverwijzing van de ouders, de betrokken vroedvrouw, de gynaecoloog en de assistent-gynaecoloog naar het Hof van Assisen wegens opzettelijke doding (kindermoord). De raadkamer van Namen verleende uiteindelijk de opschorting aan zowel de ouders, de assistent-gynaecoloog als de gynaecoloog voor schuldig verzuim. De vroedvrouw en de pediater verkregen de vrijspraak.⁹⁹⁶ Na hoger beroep van het Openbaar Ministerie, verwees de Kamer van Inbeschuldigingstelling van Luik alsnog de vroedvrouw door naar de correctionele rechtbank, die de vroedvrouw volledig vrijsprak.⁹⁹⁷ De vroedvrouw was niet bij machte om de beslissing van de ouders en de artsen te *overrulen*. Na opnieuw beroep van het Openbaar Ministerie stelde het hof van beroep van Luik in 2016 de verjaring van de strafvordering vast.⁹⁹⁸

⁹⁹⁴ Antwerpen 21 oktober 2002, *T.Gez.* 2007-08, 390, bevestiging van Rb. Antwerpen 8 oktober 1999, *T.Gez.* 2001-02, 256.

⁹⁹⁵ Besançon 14 september 1993, voorziening afgewezen door Cass. 30 oktober 1995, N° 93-20544, 93-20579 en 93-20786.

⁹⁹⁶ Rk. Namen 7 juni 2013, Not.nr. NA.30.L1.3596-05, hervormd door KI Luik 5 december 2013, rol.nr. 2013/TC/31, rep. 2013/3853, onuitg., voorziening verworpen door Cass. 23 april 2014, onuitg.

⁹⁹⁷ Corr. Namen 12 februari 2015, Not.nr. NA.30.L1.3596-05, onuitg.

⁹⁹⁸ Luik 12 januari 2016, arrestnr. 2015/CO/191, onuitg. Deze case maakt geen deel uit van het statistisch luik van de rechtspraakanalyse, wegens te recent.

525. Onvoldoende of niet adequaat reageren op een te hoge bloeddruk,⁹⁹⁹ tekenen van eclampsie,¹⁰⁰⁰ persisterend braken en koliekpijn¹⁰⁰¹ en hyperkinesie en hypertonie¹⁰⁰² resulteerden in de aansprakelijkheid van de zorgverlener.

526. Door het ontbreken van een causaal verband tussen het niet toedienen van antihypertensiva bij een patiënte met een HELLP-syndroom en de hersenschade van de moeder, was er geen aansprakelijkheid van de gynaecoloog en het ziekenhuis.¹⁰⁰³ In een gelijkaardige strafzaak sprak het hof van beroep van Versailles een gynaecoloog en een anesthesist vrij voor onopzettelijke doding, maar het Franse Hof van Cassatie vernietigde dit arrest op burgerlijk gebied. Er was inderdaad geen zekerheid mocht de sectio vroeger zijn uitgevoerd, dat de moeder nog te redden viel, maar er was wel een verlies van een kans.¹⁰⁰⁴

527. Het te hoog plaatsen van een rachi na een epidurale anesthesie en het toedienen van een te hoge dosis anesthetica, impliceerde de aansprakelijkheid van de anesthesist. De vroedvrouw reageerde meteen op de pathologische tekenen bij moeder en kind.¹⁰⁰⁵

528. Bij gebrek aan causaal verband tussen een staartbeenbreuk en het afglijden van de verlostafel van een patiënte (door het te hard trekken aan de hendel door een arts-assistent), werd het ziekenhuis niet aansprakelijk gesteld voor het handelen van haar personeel. De rechter volgde het advies van de gerechtsdeskundige dat de oorzaak van de staartbeenbreuk ook in de bevalling zelf kon gelegen zijn.¹⁰⁰⁶

⁹⁹⁹ Grenoble 14 april 2014, rolnr. 12/02077, bevestiging van Rb. Grenoble 23 februari 2012, rolnr. 08/02267.

¹⁰⁰⁰ Aix-en-Provence 15 oktober 2008, rolnr. 06/11079, partiële cassatie (enkel ten aanzien van de vordering tegen de verzekeraar) door Cass. 15 april 2010, N° 08-21611; Bij eclampsie is er sprake van een hoge bloeddruk met epilepsie-aanvallen.

¹⁰⁰¹ Corr. Gent 17 september 2003, notitienr. GE46.99.212.99, hervormd op burgerlijk gebied door Gent 30 november 2004, rolnr. 1102/2003.

¹⁰⁰² Rennes 1 juli 1998, voorziening afgewezen door Cass. 20 juni 2000, N° 98-21283; Bij overactiviteit van de baarmoeder gaat het om overdreven snelheid of intensiteit van beweging (hyperkinesie) of een teveel aan spierspanning (hypertonie).

¹⁰⁰³ 's-Gravenhage 28 april 2009, rolnr. 105.001.264, LJN BI4768; In een gelijkaardige zaak verbrak het Franse Hof van Cassatie op 3 november 2010 (N° 08-87.375) het arrest van het hof van beroep van Versailles van 15 september 2009 op burgerlijk gebied. De vrijspraak van de gynaecoloog en de anesthesist bleef behouden, maar het hof van beroep van Parijs moest zich buigen over de vraag of er geen verlies van een kans was, mocht de sectio vroeger zijn uitgevoerd na de diagnose van een HELLP-syndroom. Het arrest van het hof van beroep van Parijs is (nog) niet gepubliceerd.

¹⁰⁰⁴ Cass. 3 november 2010, N° 08-87375, partiële (op burgerlijk gebied) cassatie van Versailles 15 september 2009; Het arrest van het hof van beroep van Parijs is niet gepubliceerd en kon niet via de griffie worden bekomen.

¹⁰⁰⁵ Parijs 27 januari 2012, voorziening afgewezen door Cass. 16 januari 2013, N° 12-15452.

¹⁰⁰⁶ Rb. Rotterdam 2 maart 2011, rolnr. 361210/HA ZA 10-25372.

529. Het afwachtend beleid in een zwangerschap met polyhydramnion wegens duodenumatresie,¹⁰⁰⁷ was gerechtvaardigd om de baby optimale kansen te bieden voor zijn operatie. Oorzaak van de epileptische toestand van de moeder en het overlijden van de baby was een vruchtwaterembolie, hetgeen onvoorzienbaar was.¹⁰⁰⁸

¹⁰⁰⁷ Een teveel aan vruchtwater door een vernauwing van de dunne darm.

¹⁰⁰⁸ Rb. 's-Gravenhage 12 april 2000, rolnr. 99/870, LJN AA5464.

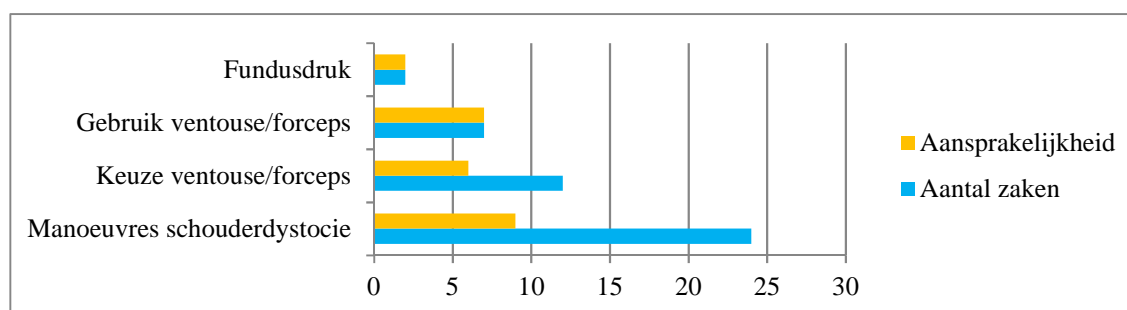
C. Interventie bij pathologie

C.1. Empirie

530. Bij tekenen van foetale nood is het verlossen van de baby vaak de boodschap. Uit de rechtspraakanalyse bleken verschillende interventies te zijn opgestart om de bevalling te bespoedigen: het uitoefenen van fundusdruk door de vroedvrouw, een instrumentale bevalling door de gynaecoloog, de uitoefening van manoeuvres bij schouderdystocie en ten slotte een sectio. In 49% (18/37) van deze zaken heeft de ‘foutieve’ keuze of uitvoering van interventie tot de aansprakelijkheid van de zorgverlener geleid.

Grafiek 11

Soorten interventies



C.2. Juridische basis

531. Naast de algemene bevoegdheid van een arts-specialist om op pathologie te reageren met de gepaste interventie, voorziet de Europese regelgeving dat de vroedvrouw bij afwezigheid van de arts spoedmaatregelen neemt en desgevallend de door een arts voorgeschreven behandeling toepast.¹⁰⁰⁹

532. De Belgische vroedvrouw moet in dringende gevallen noodzakelijke handelingen verrichten in afwachting van deskundige medische hulp. In pathologische zaken werkt de vroedvrouw samen met de arts onder diens verantwoordelijkheid.¹⁰¹⁰

533. De verloskundige moet risico's inschatten en vertalen in verloskundig beleid, inclusief het nemen van de gepaste maatregelen, naast het consulteren/doorverwijzen naar de arts.¹⁰¹¹ De gynaecologen zijn geadviseerd om de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en

¹⁰⁰⁹ Art. 24 en 42 Richtlijn Europees Parlement en Raad nr. 2005/36/EG, 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties, *Pb. L.* 30 september 2005, afl. 255.

¹⁰¹⁰ Art. 62, §1, 1^e en 2^o WUG *juncto* artikel 7 KB 1991.

¹⁰¹¹ Art. 5, 1^o Besluit 2008.

Gynaecologie (NVOG) te volgen inzake de indicatiestelling tot een sectio¹⁰¹² of de richtlijn inzake schouderdystocie.¹⁰¹³

534. Volledig gelijkaardig met haar collega's in de buurlanden moet de Franse vroedvrouw de arts verwittigen, erger voorkomen en technische handelingen stellen bij een pathologie, voorgeschreven door de arts.¹⁰¹⁴ Fransen artsen kunnen twee richtlijnen volgen met betrekking tot de keuze tussen een instrumentale bevalling of een sectio.¹⁰¹⁵ Voor de vroedvrouw stelde de Franse Hoge Gezondheidsraad in 2007 de aanbeveling op '*L'expression abdominale durant la 2e phase de l'accouchement*' inzake het aanwenden van fundusdruk.

¹⁰¹² NVOG, *Richtlijn Indicatiestelling sectio*, 2011, zie http://nvog-documenten.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=884.

¹⁰¹³ NVOG, *Richtlijn schouderdystocie*, 2008, zie http://nvog-documenten.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=832.

¹⁰¹⁴ Art. L4151-3 en R.4127-318 III Code de la santé publique.

¹⁰¹⁵ CNGOF, *Richtlijn inzake instrumentale bevallingen* (Extractions instrumentales du fœtus), 2006, zie <http://www.cngof.asso.fr>; Haute Autorité de Santé, *Richtlijn 88 inzake de indicaties voor een sectio* (Indications de la césarienne programmée à terme), 2012, zie http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1101438/fr/tableau-des-recommandations-de-bonne-pratique.

C.3. Schouderdystocie

535. Foetale macrosomie,¹⁰¹⁶ gestationele diabetes, grote gewichtstoename bij de moeder en maternale obesitas zijn associeerd met schouderdystocie.¹⁰¹⁷ Dit kan een plexus brachialisletsel veroorzaken, met verlamingsverschijnselen (Erbse¹⁰¹⁸ en Klumpke¹⁰¹⁹ parese) aan de arm tot gevolg, en kan gepaard gaan met sleutelbeen- en armbreuken.¹⁰²⁰

C.3.1. Afwezigheid van risicofactoren

536. De uitspraak in verschillende Belgische, Nederlandse en Franse zaken suggereert dat bij de afwezigheid van risicofactoren en mits de gepaste interventie, schouderdystocie een (onvoorzienbare) complicatie is, waarvoor dus niet aansprakelijk is gesteld.¹⁰²¹

537. Vooral de correcte uitvoering van manoeuvres bij schouderdystocie stond ter discussie.

Het hof van beroep van Saint-Denis-de-la-Réunion stelde een gynaecoloog aansprakelijk voor een foute aanpak van een schouderdystocie bij een *mors in utero* van 8,5 maanden. Na het McRoberts manoeuvre volgde een te sterke neerwaartse tractie met de onthoofding van de foetus tot gevolg. De bevalling werd verdergezet onder algemene anesthesie. De vroedvrouw, die de gynaecoloog assisteerde, beschreef de toegepaste methode, maar dit correspondeerde niet met de methode Jacquemier, hetgeen volgens de gerechtsexperten te betreuren viel. Door de verschillende manipulaties ontstond tevens een cervixscheur. Het aanhoudend bloedverlies, ondanks het hechten van de cervixscheur, had de gynaecoloog bovendien eerder moeten aanzetten tot de uitvoering van een hysterectomie. Het hof hield

¹⁰¹⁶ Macrosomie is een disproportie tussen een groot lichaam en een klein foetaal hoofd.

¹⁰¹⁷ E.A. ØVERLAND, L.J. VATTEN en A. ESKILD, "Pregnancy week at delivery and the risk of shoulder dystocia: a population study of 2,014,956 deliveries", *BJOG* 2014, 34-41; B.C. YOUNG en J.L. ECKER, "Fetal Macrosomia and Shoulder Dystocia in Women with Gestational Diabetes: Risks Amenable to Treatment?", *Current Diabetes Reports* 2013, 12-18; L. IFFY, J.L. APUZZIO en V. RAJU, "Predisposing Factors for Shoulder Dystocia-Related Birth Injuries: Causation Analysis", in J.A. O'LEARY (ed.) *Shoulder Dystocia and Birth Injury*, New Jersey, Humana press, 2009, 169-177.

¹⁰¹⁸ Beschadiging van de bovenste hoofdzenuwen in de plexus brachialis, de zenuwknoop die zorgt voor het gevoel, en de beweging van de arm, met verlamming van de arm tot gevolg.

¹⁰¹⁹ Beschadiging van de onderste hoofdzenuwen in de plexus brachialis, de zenuwknoop die zorgt voor het gevoel, en de beweging van de arm, met verlamming van de arm tot gevolg.

¹⁰²⁰ V. REVICKY, S. MUKHOPADHYAY, E.P. MORRIS en J.J. NIETO, "Can we predict shoulder dystocia?", *Arch Gynecol Obstet* 2012, 291-295; R.J. JENNETT, T.J. THARBY en R.L. KRAUSS, "Erb's palsy contrasted with Klumpke's and total palsy: different mechanisms are involved", *Am J Obstet Gynecol* 2002, 1216-1220.

¹⁰²¹ Geen aansprakelijkheid gynaecoloog: Nancy 6 april 2010 en 7 december 2009, rolnr. 06/01369; Versailles 26 juni 2008, rolnr. 07/04149; Reims 17 december 2007, rolnr. 06/02384; Antwerpen 24 mei 2004, rolnr. 2001/1322; Reims 12 september 2001, voorziening afgewezen door Cass. 29 juni 2004, N° 02-17723; Luik 15 maart 1994, *T. Gez.* 1998-99, 151; Rb. Rotterdam 4 december 2013, HA ZA 12-834 (vordering verjaard).

Geen aansprakelijkheid vroedvrouw: Basse-Terre 12 december 2011, rolnr. 08/00864 (na twee cassatievoorzieningen); Versailles 29 mei 2008, rolnr. 06/05948; Bordeaux 11 januari 1993, voorziening afgewezen door Cass. 26 maart 1996, N° 94-10951.

het op een verlies van een kans van zestig procent op het overleven van de moeder, mocht de gynaecoloog rustig de verschillende manoeuvres hebben toegepast en vroeger tot een hysterectomie zijn overgegaan. De vroedvrouw en de tweede assisterende gynaecoloog handelden correct.¹⁰²²

In een Franse zaak was de gynaecoloog niet aansprakelijk, ondanks het niet uitvoeren van manoeuvres. Van een echte schouderdystocie was er volgens de gynaecoloog geen sprake en de schade aan de arm van de baby was het gevolg van de bevalling op zich.¹⁰²³

De rechtbank van Groningen stelde een gynaecoloog aansprakelijk voor het niet uitvoeren van manoeuvres bij een schouderdystocie. De gynaecoloog poneerde dit wel te hebben gedaan, maar kon het bewijs niet leveren bij gebrek aan enige nota in het patiëntendossier.¹⁰²⁴

Hoewel de praktijk van een symfysiotomie (doorsnijden schaambeentjes) bij een schouderdystocie afgekeurd wordt, door onder meer het VN-mensenrechtencomité, heiligde het doel de middelen volgens het hof van beroep te Antwerpen.¹⁰²⁵ Het vermijden van hersenschade rechtvaardigde deze praktijk, ten nadele van de moeder. Er was geen tijd meer om een sectio te plannen.¹⁰²⁶

In eerste aanleg werd een verloskundige aansprakelijk gesteld wegens het niet adequaat reageren op een schouderdystocie. Het hof van beroep van 's-Gravenhage vond dat de omkeringsregel geen toepassing kon vinden en gaf de bewijslast terug aan de ouders. Zij dienden aan te tonen dat de verloskundige bij het ontwikkelen van de schouders te hard aan het hoofd/schouders trok.¹⁰²⁷

¹⁰²² Saint-Denis-de-la-Réunion 17 mei 2013, rolnr. 12/00942, hervorming van Rb. Saint-Denis 18 april 2012, rolnr. 09/04777.

¹⁰²³ Rb. Toulouse 7 februari 2012, rolnr. 07/03675, bevestigd door Toulouse 4 maart 2013, rolnr. 12/00626, verbroken door Cass. 13 november 2014 (gebrekkige motivering), N° 13-22702; Het arrest van het hof van beroep van Bordeaux is (nog) niet gepubliceerd.

¹⁰²⁴ Rb. Groningen 14 februari 2007, rolnr. 63725/HA ZA 03-177, LJN BA 7177, *NJF* 2007, 355.

¹⁰²⁵ Survivors of Symphysiotomy (SoS), vertegenwoordigd door Marie O'Connor, zie voor meer info <http://www.sos-symphysiotomy.com>; K. HOLLAND, "Perpetrators' of symphysiotomy should be punished, UN says", *The Irish Times* 24 juli 2014, zie <http://www.irishtimes.com/news/social-affairs/perpetrators-of-symphysiotomy-should-be-punished-un-says-1.1876896>.

¹⁰²⁶ Antwerpen 27 november 2006, *T. Gez.* 2008-09, 132, noot R. VERMEIREN.

¹⁰²⁷ 's-Gravenhage 3 april 2002, rolnr. 00/502, LJN AJ0793, ECLI:NL:GHSGR:2002:AJ0793, *Prg.* 2002, 5895; Het eindarrest kon niet worden bekomen.

C.3.2. Aanwezigheid van risicofactoren

538. Volgens onderstaande uitspraken is bij de aanwezigheid van risicofactoren verdere differentiatie en diagnostisering noodzakelijk, naast een adequaat management van de complicatie, teneinde aansprakelijkheid te vermijden.

Het hof van beroep van Brussel besloot tot een verlies van een kans van vijftig procent op een betere neonatale uitkomst. De schadeletsels bij de baby van 4,8 kg waren: perinatale asfyxie graad 3 (zwaar zuurstoftekort), plexus brachialisletsel rechts, sleutelbeenbreuk links, subgaleaal hematoom (hersenvloeding), trachea-ruptuur (luchtpijpscheur) en een nierbloeding links. De gynaecoloog had bij een obese patiënte met een gewichtstoename van twintig kilogram tijdens de zwangerschap, een bloedafname moeten doen om gestationele diabetes op te sporen, om zo het risico op schouderdystocie in kaart te brengen. Ook voldeed de gynaecoloog niet aan zijn informatieplicht ten opzichte van de ouders. Gezien het risico was het wenselijk geweest de ouders de optie te bieden om voor een primaire sectio te kiezen.¹⁰²⁸

Het missen van de diagnose van macrosomie, het in de wind slaan van de berichten van de vroedvrouw inzake een abnormale foetale monitoring en de omvang van de baby, hebben tot de aansprakelijkheid van een Franse gynaecoloog geleid. Hij diende eerder een sectio te hebben uitgevoerd en niet voor een kunstverlossing te hebben geselecteerd. Ook de pediatre werd aansprakelijk geacht, gezien hij vóór de transfer naar de NICU onvoldoende aandacht besteedde aan de hypoglycemie van de baby, met verdere hersenschade tot gevolg.¹⁰²⁹

Na een procedureslag van 18 jaar stelde het hof van beroep van Nancy de gynaecoloog niet burgerlijk aansprakelijk voor de schade (verlamming aan de arm van de baby) door een schouderdystocie. Het causaal verband tussen het missen van de diagnose van macrosomie, door het niet uitvoeren van een echografie net voor de bevalling, en de schade was onzeker.¹⁰³⁰ In een andere zaak bevond het hof van beroep van Poitiers in 2011 een gynaecoloog aansprakelijk wegens het niet diagnosticeren van macrosomie bij een obese patiënte, met een gewichtstoename van 22 kg, gestationele diabetes en een baarmoederhoogte van 38cm (nog op gewezen door de vroedvrouw). Bij de bevalling trad een zware schouderdystocie op, die *lege artis* door een tweede gynaecoloog werd begeleid,

¹⁰²⁸ Brussel 4 februari 2014, rolnr. 2011/2288, *T.Gez.* 2015-2016, vol. 21, 74-81, noot M. EGGERMONT, hervorming van Rb. Brussel 3 juni 2011; Het patiëntendossier bleek verdwenen, hetgeen het hof van beroep als negatief beoordeelde wat betrof het meewerken aan de bewijsvoering.

¹⁰²⁹ Versailles 17 januari 2013, rolnr. 10/00248, hervorming van Rb. Pontoise 15 december 2009, rolnr. 06/09479.

¹⁰³⁰ Nancy 26 november 2012, rolnr. 10/00972, hervorming van Rb. Epinal 4 maart 2010, rolnr. 04/02433 (aansprakelijkheid gynaecoloog); Procedurele voorafgaanden: Colmar 23 juni 2004 (vrijspraak), na Cass 26 maart 2002, N° 01-83416, vernietiging van Nancy 29 maart 2001 (veroordeling), hervorming van Corr. Epinal 4 juli 2000 (vrijspraak).

op vraag van de assisterende vroedvrouw. De baby woog 5630 gram, mat 57 cm en had een Erbse parese.¹⁰³¹ Het hof van beroep van Aix-en-Provence kwam in een gelijkaardige zaak tot hetzelfde oordeel en stelde een gynaecoloog aansprakelijk voor het missen van de diagnose macrosomie. Naast maternale obesitas was er in deze zaak ook gestationele diabetes aanwezig en dat vereiste meer onderzoek. De uitvoering van een primaire sectio had de schade kunnen voorkomen.¹⁰³²

Over de informatieplicht van de zorgverlener inzake de risico's op een schouderdystocie zijn nog twee Franse zaken het vermelden waard. In een eerste zaak werd een primaire sectio vooropgesteld gezien het hoog geschatte geboortegewicht en de arteriële hypertensie bij de moeder. Op 35 zwangerschapsweken ging de patiënte echter spontaan in arbeid en gaf de gynaecoloog groen licht voor een vaginale bevalling, zonder het uitdrukkelijk akkoord van de patiënte om afstand te doen van de primaire sectio. Er trad een schouderdystocie op. Het hof van beroep van Parijs stelde de gynaecoloog en het ziekenhuis niet aansprakelijk. Een vaginale bevalling genoot op het ogenblik van de feiten de voorkeur. Het was wel aangewezen de patiënte in te lichten over de risico's van het gewijzigde beleid. Deze schending van de informatieplicht stond echter niet in causaal verband met de schade. Er waren onvoldoende bewijzen om aan te nemen dat de patiënte toch op een sectio had aangedrongen, mocht ze voldoende geïnformeerd geweest zijn.¹⁰³³ In de tweede zaak stelden de ouders dat de gynaecoloog hen prenataal had moeten inlichten over het risico op een schouderdystocie bij hun zwaar kind en een sectio had moeten voorstellen. Het hof van beroep van Agen volgde echter het advies van de experts, *in casu* bleek niet dat een sectio meer aangewezen was en zelfs meer risico's inhield dan een natuurlijke bevalling. Er was tevens niet bewezen dat indien de patiënte over het risico op schouderdystocie was ingelicht, zij voor een sectio zou geopteerd hebben. De gynaecoloog was bijgevolg niet aansprakelijk.¹⁰³⁴

Het overlaten van een bevalling met het (te verwachten) risico op schouderdystocie aan een vroedvrouw en het niet tijdig beschikbaar zijn van een gynaecoloog, brachten in twee burgerlijke procedures de aansprakelijkheid van een gynaecoloog en/of een ziekenhuis met zich mee.¹⁰³⁵

Een laatste, Belgische, zaak in deze problematiek gaf aanleiding tot twee strafprocedures. In de eerste procedure werd de huisarts beklaagd van onopzettelijke doding van moeder en

¹⁰³¹ Rb. La Roche sur Yon 19 december 2006, hervormd door Poitiers 23 maart 2011, rolnr. 07/00912, partiële cassatie (enkel wat betreft omvang schadevergoeding) door Cass. 26 september 2012, N° 11-19284.

¹⁰³² Aix-en-Provence 19 december 2007, rolnr. 06/08798, voorziening afgewezen door Cass. 5 november 2009, N° 08-17104.

¹⁰³³ Parijs 19 juni 2003, voorziening afgewezen door Cass. 31 mei 2007, N° 03-19365.

¹⁰³⁴ Agen 24 oktober 2001, rolnr. 99/01848, voorziening afgewezen door Cass. 29 juni 2004, N° 02-20086.

¹⁰³⁵ Aix-en-Provence 27 oktober 1998, voorziening afgewezen door Cass. 7 november 2000, N° 99-10061 en 99-10062; Lyon 2 juli 1986, voorziening afgewezen door Cass. 18 januari 1989, N° 87-11875.

kind. Het handelen van de gynaecoloog, de twee vroedvrouwen en (de organisatie van) het ziekenhuis waren het onderwerp van de tweede strafzaak. Uiteindelijk veroordeelde het hof van beroep van Brussel enkel de huisarts, daar zij zowel “bij de opvolging van de zwangerschap, als bij de bevalling heeft gehandeld met een onverantwoorde professionele lichtzinnigheid”. Dit laatste bestond uit het niet onderkennen van de obstetrische risicofactoren van deze zwangerschap en een inadequate leiding over de vroedvrouwen. De huisarts liet immers de vroedvrouwen bij schouderdystocie fundusdruk uitoefenen, hetgeen de rechtstreekse oorzaak was van een uterusruptuur. Het hof rekende de vroedvrouwen deze fout niet toe, omdat de huisarts de bevalling leidde en de vroedvrouwen handelden onder haar leiding en toezicht.¹⁰³⁶

C.4. Keuze instrumentale bevalling boven sectio

539. Het opteren voor een instrumentale bevalling was in de helft van de gevallen levensreddend voor de baby en gekwalificeerd als *lege artis* handelen van de gynaecoloog.¹⁰³⁷ De rol van de vroedvrouw beperkte zich tot het correct assisteren.

540. In de andere gevallen was de poging tot verlossing met de forceps of ventouse de directe oorzaak van aansprakelijkheid van de gynaecoloog. Het meteen overgaan tot een spoedsectio werd vooropgesteld. Redenen van afkeuring waren een beschadigde cervix (cerclage en cauterisatie) in combinatie met prematuriteit,¹⁰³⁸ te geringe indaling,¹⁰³⁹ vermoeden van foeto-pelvische disproportie (wanverhouding tussen foetaal hoofd en doorgang bekken) en schouderdystocie¹⁰⁴⁰ en de presentatie van schouderdystocie na een inleiding wegens macrosomie en slechte foetale harttonen¹⁰⁴¹.

¹⁰³⁶ Brussel 8 februari 1995, *T.Gez.* 1996-97, 264, noot R. HEYLEN. De patiënte liet zich voor haar derde zwangerschap midden 1990 (in 1985 vaginaal bevallen en in 1987 via sectio) begeleiden door de huisarts, ze wilde geen mannelijke gynaecoloog. Risicofactoren bij deze zwangerschap waren: geen gekende medische voorgeschiedenis o.m. verloop vorige bevallingen en type bloedgroep, een uteruslitteken, chronische bloedarmoede en geen kennis van de grootte van het hoofdje in verhouding met het bekken, daar de laatste echografie dateerde van vier maanden vóór de bevalling. De gynaecoloog van het ziekenhuis opteerde voor een vaginale bevalling, geen via sectio wegens een te ver gevorderde indaling.

¹⁰³⁷ Nîmes 12 mei 2009, rolnr. 08/03871, voorziening afgewezen door Cass. 14 oktober 2010, N° 09-16085 en 09-17035; Brussel 20 maart 2009, rolnr. 97W04, voorziening afgewezen door Cass. 30 september 2009, N° P.09.686.F; Parijs 23 mei 2008, rolnr. 05/23798 bevestiging van Rb. Parijs 20 september 2005, rolnr. 01/13742; Versailles 29 november 2007, rolnr. 04/02434; Arnhem 12 september 2006, rolnr. 2005/936, LJN AY9481; Rk. Dendermonde 21 april 2000, Not.nr. 43.99.411/97/23.

¹⁰³⁸ Rb. Brussel 9 februari 2009, rolnr. 96/2712/A; Inzake aanstelling gerechtsdeskundigen: Rb. Brussel 25 september 1996, rolnr. 96/2712/A, bevestigd door Brussel 5 juni 1997, rolnr. 1997/1429, *JT* 1998, 72.

¹⁰³⁹ Aix-en-Provence 11 april 2011, voorziening afgewezen door Cass. 16 mei 2012, N° 11-83834 en 2 mei 2012, N° 11-84017; Rb. Arnhem 20 oktober 2011, rolnr. 218353, LJN BU4405.

¹⁰⁴⁰ Brussel 5 april 2011, rolnr. 2009/BC/980, voorziening afgewezen door Cass. 19 oktober 2011, N° P.11.849.F.

¹⁰⁴¹ Versailles 13 november 2008, rolnr. 07/00628.

541. Het opteren voor een forceps in de plaats van een sectio, in de veronderstelling dat de baby niet meer te redden viel (*“que le gosse allait mourir”*), beschouwden de gerechtsdeskundigen, aangesteld in een Luikse strafzaak, als onzorgvuldig. De gynaecoloog was echter niet aansprakelijk, omdat hij geen partij was in de strafzaak. Alleen de huisarts werd veroordeeld wegens onopzettelijke slagen en verwondingen. Hij consulteerde laattijdig (pas na 2,5 uren) een gynaecoloog en probeerde eerst zelf met een ventouse de baby te verlossen, niettegenstaande de onvolledige ontsluiting en geringe indaling.¹⁰⁴²

C.5. Foutief gebruik van ventouse/forceps

542. Hoewel volgens de rechter in de volgende zeven zaken de keuze van een instrumentale bevalling voor weinig of geen kritiek vatbaar was, leidde het gebruik van het instrument tot discussie. Vooral het persisteren in het gebruik van een ventouse/forceps na meer dan twee niet succesvolle pogingen, resulteerde in aansprakelijkheid.¹⁰⁴³ Ook het veroorzaken van schedelfracturen door het verkeerd plaatsen van de forceps, impliceerde aansprakelijkheid.¹⁰⁴⁴

543. Een Belgische burgerlijke zaak eindigde na dagvaarding (nog vóór de aanstelling van een gerechtsdeskundige) in een dading tussen de ouders van de overleden baby en het ziekenhuis, gelet op twee negatieve verslagen van raadsgeneesheren. De onzorgvuldigheid van de vroedvrouw bestond erin de gynaecologe niet tijdig te hebben verwittigd van het pathologisch foetaal hartritme. Ook het handelen van de gynaecologe was niet volgens de regels van de kunst. Voor het uitvoeren van de sectio heeft zij kostbare tijd verspild door eerst een ventouse aan te leggen en vervolgens een collega erbij te roepen om een forceps te plaatsen.¹⁰⁴⁵

C.6. Uitoefenen van fundusdruk

544. De medische indicatie en de drukintensiteit zijn aandachtspunten bij de uitoefening van fundusdruk door de vroedvrouw.¹⁰⁴⁶ Het hof van beroep van Parijs stelde in 1997 een gynaecoloog en een zelfstandige vroedvrouw aansprakelijk voor het veroorzaken van een schedelbreuk en hersenbloeding. Na de overmatige fundusdruk (vingerafdrukken stonden op het abdomen) van de

¹⁰⁴² Luik 31 januari 2000, *T. Gez.* 2000-01, 382.

¹⁰⁴³ Aix-en-Provence 24 januari 2011, voorziening afgewezen door Cass. 13 december 2011, N° 11-82313; Amsterdam 2 maart 2006, rolnr. 114/99, LJN AX3550; Saint-Denis de la Réunion 25 februari 1999, voorziening afgewezen door Cass. 26 januari 2000, N° 99-81770; Corr. Amsterdam 20 december 2001, rolnr. 13-011874-00, LJN AD7595.

¹⁰⁴⁴ Versailles 25 januari 2012, rolnr. 11/01185; Nîmes 30 september 2008, voorziening afgewezen door Cass. 17 december 2009, N° 08-21878 (alleen ziekenhuis aansprakelijk wegens beslissing vroedvrouw om in te leiden zonder medische oorzaak); Rennes 4 juni 1998, voorziening afgewezen door Cass. 15 juni 1999, N° 98-85325.

¹⁰⁴⁵ Rb. Gent 31 mei 2007, rolnr. 06/2090/A (vonnis van doorhaling).

¹⁰⁴⁶ G. ZANCONATO, E. CAVALIERE, G. CHERUBINI, O. BORTOLAMI, E. MANTOVANI, C. IACOVELLA en M. FRANCHI, “Fundal pressure (Kristeller maneuver) during labor in current obstetric practice: assessment of prevalence and feto-maternal effects”, *Minerva Ginecol* 2014, 239-241; E.C. VERHEIJEN, J.H. RAVEN en G.J. HOFMEYER, “Fundal pressure during the second stage of labour for improving maternal and fetal outcomes”, *CDSR* 2009, CD006067.

vroedvrouw, deed de gynaecoloog alsnog een sectio, maar het zuurstoftekort was onvermijdbaar.¹⁰⁴⁷ Twee vroedvrouwen die fundusdruk uitoefenden bij een schouderdystocie en een uteruslitteken werden vrijgesproken. Burgerlijk gezien werd alleen de huisarts aangesproken, omdat de vroedvrouwen gehandeld hadden onder haar toezicht en leiding.¹⁰⁴⁸

¹⁰⁴⁷ Parijs 24 oktober 1997, rolnr. 96-10736.

¹⁰⁴⁸ Brussel 8 februari 1995, *T.Gez.* 1996-97, 264, noot R. HEYLEN.

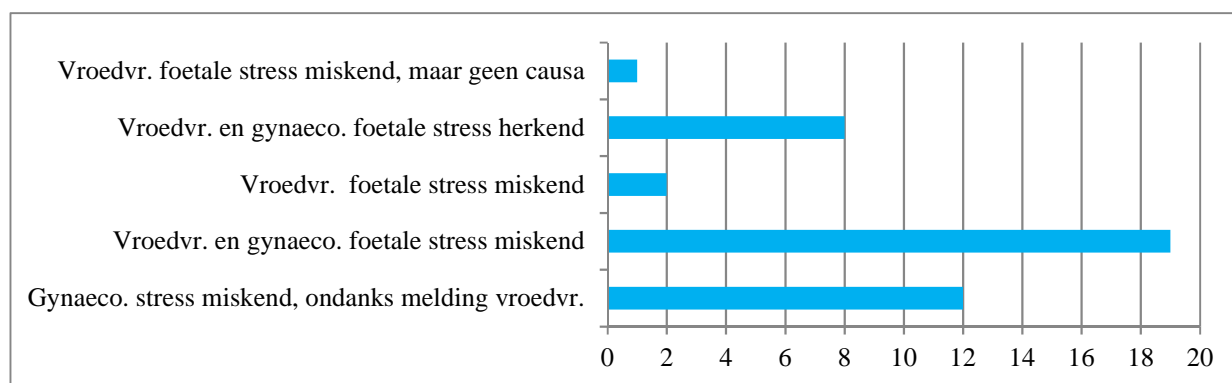
D. Interpretatie foetale monitoring

D.1. Empirie

545. De evaluatie van foetale monitoring is cruciaal voor de foetale uitkomst.¹⁰⁴⁹ Bij enige indicatie van pathologie is beoordeling van de foetale conditie noodzakelijk. Alleen een correcte diagnose/interventie bij de herkenning van een verontrustende foetale monitoring kan (verdere) schade voorkomen.¹⁰⁵⁰ Zonder enige twijfel was de misinterpretatie van foetale monitoring de vaakst voorkomende fout. In 74% (32/43) van de zaken stelde de rechtbank dan ook de vroedvrouw en/of gynaecoloog aansprakelijk.

Grafiek 12

Aandeel vroedvrouw/gynaecoloog in misinterpretatie foetale monitoring



¹⁰⁴⁹ L. LIM, J.Y. KWON, J. SONG, H. CHOI, J.C. SHIN en I.Y. PARK, "Quantitative comparison of entropy analysis of fetal heart rate variability related to the different stages of labor", *Early Hum Dev* 2014, 81-85; E. SONCINI, S. PAGANELLI, C. VEZZANI, G. GARGANO en L.S.G. BATTISTA, "Intrapartum fetal heart rate monitoring: evaluation of a standardized system of interpretation for prediction of metabolic acidosis at delivery and neonatal neurological morbidity", *J Matern Fetal Neonatal Med* 2013, 1465-1469.

¹⁰⁵⁰ G. BOGDANOVIC, A. BABOVIC, M. RIZVANOVIC, D. LJUCA, G.GRGIC en J. DJURANOVIC-MILICIC, "Cardiotocography in the prognosis of perinatal outcome", *Med Arch* 2014, 102-105.

D.2. Juridische basis

546. Volgens het Europees beroepsprofiel is onder meer “de vrouw tijdens de bevalling bijstaan en de toestand van de foetus in utero met passende klinische en technische middelen volgen” een minimale bevoegdheid van de vroedvrouw.¹⁰⁵¹ Het beluisteren van de foetale harttonen met een hoorbuis, een doptone, een CTG- of een STAN¹⁰⁵²-monitor en het signaleren van onregelmatigheden is een medische handeling voorbehouden aan de vroedvrouw, maar het diagnosticeren van de onderliggende problematiek is een medische handeling voorbehouden aan de arts. De vroedvrouw zorgt voor een adequate captatie van de harttonen (foetale, niet maternale harttonen) en de registratie (schriftelijk of elektronisch). Ze heeft de verplichting om technische hulpmiddelen in te zetten die haar ter beschikking staan teneinde de foetale conditie te evalueren.¹⁰⁵³

547. Voor wat de Belgische vroedvrouw betreft, is deze bevoegdheid verder gespecificeerd in het KB 1991 onder de noemer van “beluisteren van de foetale harttonen” en “toezicht door cardiotocografie”.¹⁰⁵⁴ Er zijn geen specifieke wettelijke bepalingen inzake foetale monitoring voor de verloskundige. Het Decreet van 17 juli 2012 plaatste het elektronisch monitoren van de foetus voor de Franse vroedvrouw onder de noemer van “*dépistage de pathologie, concernant le fœtus*”.¹⁰⁵⁵

548. In België zijn er geen breed gedragen richtlijnen inzake de interpretatie van foetale monitoring opgesteld door professionele beroepsorganisaties. De FIGO-richtlijnen dienen als leidraad (zie verder). De NVOG¹⁰⁵⁶ en het *Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français* (CNGOF) vaardigden wel zorgrichtlijnen uit.¹⁰⁵⁷

549. Het is en blijft een uitdaging voor de betrokken zorgverleners om correct, telkens volgens de huidige stand van de wetenschap, een foetale monitoring te analyseren en *post hoc* kan dit een evidentere opdracht lijken dan op het cruciale moment zelf. De reproduceerbaarheid van foetale monitoring is immers zeer gering.¹⁰⁵⁸

¹⁰⁵¹ Art. 24 e.v. en 42 richtlijn Europees Parlement en Raad nr. 2005/36/EG, 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties, *Pb. L.* 30 september 2005, afl. 255, 45.

¹⁰⁵² STAN staat voor ST-analyse. Het ST-segment is het deel van het electrocardiogram van de baby dat de graad van ischemie aangeeft. STAN is dus een maatstaf om het zuurstoftekort van het hart te bepalen aan de hand van ST-veranderingen.

¹⁰⁵³ T. VANSWEEVELT, “De aansprakelijkheid van de vroedvrouw” in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek Gezondheidsrecht*, Volume I, Antwerpen, Intersentia, 2014, 1536.

¹⁰⁵⁴ Art. 4, 6° en 8° KB 1991.

¹⁰⁵⁵ Art. R.4127-318 Code de la santé publique.

¹⁰⁵⁶ NVOG, *Richtlijn Intrapartum foetale bewaking à terme*, 2014, zie http://nvog-documenten.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=941.

¹⁰⁵⁷ CNGOF, *Modalités de surveillance fœtale pendant le travail*, 2007, zie <http://www.cngof.fr/>.

¹⁰⁵⁸ Y. JACQUEMYN, “Foetale bewaking: hoe reproduceerbaar is de interpretatie?”, in M. EGGERMONT (ed.), *Verloskunde in beweging II: de do's en de don'ts in het voorkomen van aansprakelijkheid*, Antwerpen, Intersentia, 2014, 109-120.

D.3. Foetale stress herkend of miskend?

550. Relevant in deze problematiek en zeer recent is een vonnis van de burgerlijke rechter van Zeeland-West-Brabant van 22 juni 2016.¹⁰⁵⁹ De rechtbank besluit dat zowel de gynaecoloog als de verloskundige geen fout heeft begaan bij de interpretatie van de CTG-monitoring, die in verband staat met de hersenschade van een baby. Het verslag van de gerechtsdeskundige (adviseert geen fout) en het verslag van de raadsgeneesheer van de ouders (adviseert wel een fout) staan diametraal tegenover elkaar, niet ongewoon natuurlijk. Maar in het verslag van de raadsgeneesheer staat een verwijzing naar een wetenschappelijk artikel van de gerechtsdeskundige over de gebrekkige reproduceerbaarheid van monitoring, ondanks het volgen van de FIGO-richtlijnen:

“het lezen, classificeren en interpreteren van intrapartum-CTG’s moeilijk blijft met grote “intra- en interindividuele” verschillen. De rechtbank leidt verder uit de deskundigenberichten af dat afwijkingen van het CTG vele oorzaken kunnen hebben en niet automatisch zijn terug te voeren op foetale nood/hypoxie”.

551. Bijgevolg oordeelde de rechtbank dat de interpretatie van de gynaecoloog en de verloskundige een mogelijkheid was en dus geenszins foutief.¹⁰⁶⁰

552. Dit zou een keerpunt kunnen zijn in de rechterlijke beoordeling van gelijkaardige zaken. Uit de rechtspraakanalyse bleek immers dat in de minderheid van de procedures de rechter de interpretatie van de zorgverlener(s) als correct beschouwde, gevolgd door een passende interventie.¹⁰⁶¹

553. In de meerderheid van de schadegevallen merkte de vroedvrouw de foetale stress niet of laattijdig op en miskende tevens de gynaecoloog de ernst van de zaak. De *post factum* beoordeling van de foetale monitoring leidde dan ook tot de aansprakelijkheid van de vroedvrouw, de gynaecoloog en/of het ziekenhuis.¹⁰⁶²

¹⁰⁵⁹ Rb. Zeeland-West-Brabant 22 juni 2016, rolnr. C/02/305321 / HA ZA 15-629, ECLI:NL:RBZWB:2016:3838.

¹⁰⁶⁰ De eisers hebben wel nog de mogelijkheid gekregen om aanvullend bewijs te leveren inzake het onzorgvuldig geven van fundusdruk.

¹⁰⁶¹ Nancy 13 januari 2011, rolnr. 03/00130 en 03/00371, voorziening afgewezen door Cass. 4 mei 2012, N° 11-13.998; KI Angers 24 november 2010, voorziening afgewezen door Cass. 4 oktober 2011, N° 11-80.195; Nancy 15 juni 2009, rolnr. 03/01417 en 04/03536, voorziening afgewezen door Cass. 15 november 2010, N° 09-70494; Metz 27 februari 1985, voorziening afgewezen door Cass. 30 juni 1987, N° 85-91736; Rb. Amsterdam 1 augustus 2007, rolnr. 266095/HA ZA 03-1295, LJN BB3691.

¹⁰⁶² Versailles 19 juni 2014, rolnr. 14/00196, gedeeltelijke herziening van Rb. Pointoise 11 maart 2014; Bordeaux 6 februari 2013, rolnr. 11/02437; Lyon 4 oktober 2011, rolnr. 11/00814; Toulouse 4 april 2011, rolnr. 09/06345; Nancy 30 augustus 2010, rolnr. 06/00131, 06/00154, 06/2507 en 06/2564, na Cass. 13 december 2005, N° 03-12364; Bordeaux 26 oktober 2009, rolnr. 08/00538, voorziening afgewezen door Cass. 24 november 2011, N° 09-73.059; Bordeaux 5 januari 2009, rolnr. 07/04848; Brussel 2 maart 2005, rolnr. 12V2003, voorziening afgewezen door Cass. 13 september 2005, N° P.05.513; Parijs 16 mei 2001, voorziening afgewezen door Cass. 9 november 2004, N° 01-16739 en 01-17168; Pau 21 december 2000, voorziening afgewezen door Cass. 10 juli 2002, N° 01-10039; Bordeaux 2 juli 1992, rolnr. 170/90, voorziening afgewezen door Cass. 8 juni 1994, N° 92-19.887 en 92-20.037; Luik 25 juni 1986, *JL* 1986, 674,

554. Enkele zaken vielen niet onder de algemene noemer, maar vereisten een verdere toelichting.

In verschillende zaken waarschuwde de vroedvrouw de gynaecoloog van een pathologisch foetaal hartritme patroon, maar onderschatte de gynaecoloog de foetale stress, met hersenschade of overlijden van de baby tot gevolg. Dit impliceerde de aansprakelijkheid van de gynaecoloog en/of het ziekenhuis.¹⁰⁶³

Eind januari 2017 viel het doek nog over een zaak van meer dan twintig jaar geleden, waarvan zowel de betrokken vroedvrouw als gynaecoloog inmiddels overleden zijn. De baby leed zwaar zuurstoftekort ten gevolge van een te laat opgemerkte foetale nood (meconiaal vruchtwater en late deceleraties op de foetale monitoring). De baby werd uiteindelijk geboren met een ventouse, maar is volledig mentaal en fysisch gehandicapt. Het hof van beroep van Brussel besloot alleen de gynaecoloog verantwoordelijk te stellen voor het niet adequaat reageren op de foetale nood, vermits de vroedvrouw voldoende aangaf dat een passief beleid niet de voorkeur genoot. “Anders oordelen zou erop neerkomen dat een vroedvrouw verantwoordelijk zou kunnen gesteld worden bij een nalatig optreden van de gynaecoloog zelf”.¹⁰⁶⁴

Het hof van beroep van Luik beschouwde het niet meteen opstarten van foetale monitoring door een spoedarts, tussengekomen bij een verkeersongeval van een zwangere van 36 weken, als een fout. Het overlijden van de baby kwam echter door het verkeersongeval en niet door het laatijdig uitvoeren van een sectio door het laatijdig opmerken van de foetale nood.¹⁰⁶⁵

Het hof van Leeuwarden oordeelde dat het ziekenhuis zijn behandelingsovereenkomst met de patiënte had geschonden door het niet tijdig reageren op foetale stress door de

voorziening afgewezen door Cass. 11 februari 1987, *VI. T.Gez.* 1987, 41, noot J.J. ANDRÉ; Orléans 9 januari 1975, voorziening afgewezen door Cass. 1 juni 1976, N° 75-11611 en 75-11976; Corr. Gent 30 juni 1995, *Recht voor Verpleegkundigen en Vroedvrouwen*, Mechelen, Kluwer, 2003, 336; Corr. Saintes 26 oktober 1995, G. DECROIX, “Réseau de soins et responsabilité en obstétrique”, *Réseau Périnat-Sud* 2006; Corr. Eupen 10 oktober 1994, *JLMB* 1995, 606, noot J. BODSON.

¹⁰⁶³ Parijs 29 mei 2013, voorziening afgewezen door Cass. 24 juni 2014, N° 13-84.542; Arnhem 2 september 2012, rolnr. 200.035 797, LJN BX8853; Rb. Maastricht 22 maart 2006, rolnr. LJN AV723, afhandeling schadevergoeding 's-Hertogenbosch 26 augustus 2014, rolnr. HD 200.073.005, ECLI:NL:GHSHE:2014:2964; Nîmes 22 mei 2012, voorziening afgewezen door Cass. 27 november 2013, N° 12-26007; Amsterdam 3 augustus 2010, rolnr. 106.003.178, voorziening afgewezen door HR 23 november 2012, N° 10/05350, LJN BX7264; Aix-en-Provence 24 juni 2009, rolnr. 07/08710; Arnhem 22 mei 2007 en 21 januari 2003, rolnr. 2001/580, LJN BA5776; Parijs 24 januari 2002, voorziening afgewezen door Cass. 12 oktober 2004, N° 02-14692; Rb. Rotterdam 8 februari 2006 HA ZA 05-2483, LJN AX2193 (ook de nazorg van de moeder na overlijden baby was gebrekkig); Rb. Namen 9 januari 2002, rolnr. 712/95 (vonnis aanstelling expertencollege, daarna dading); Rb. 's-Hertogenbosch 16 november 2001, rolnr. 16600/HA ZA 97-1899, LJN AD6137; Corr. Antwerpen 24 november 2000, *RW* 2000-01, 1423, noot C. DESMET en H. NYS; Corr. Hasselt 24 december 1999, *T.Gez.* 2001-02, 167.

¹⁰⁶⁴ Brussel 31 januari 2017, rolnr. 2006/AR/657, onuitg.

¹⁰⁶⁵ Luik 31 maart 2011, *JLMB* 2012-13, 1082-1091.

verloskundige en de gynaecoloog.¹⁰⁶⁶ De Hoge Raad verbrak echter het arrest wegens het niet toepassen van de omkeringsregel.¹⁰⁶⁷ Het ziekenhuis moest de kans hebben gekregen om te bewijzen dat bij een eerdere interventie de schade zich ook had voorgedaan.

In drie Franse strafzaken was de rechter van oordeel dat de vroedvrouw een onzorgvuldigheid beging door het niet tijdig verwittigen van de gynaecoloog door miskenning van foetale nood. In twee zaken werd de vroedvrouw dan ook veroordeeld voor onopzettelijke doding.¹⁰⁶⁸ In de derde zaak kwalificeerde het hof van beroep van Angers een dergelijke manier van handelen als een strafrechtelijke fout. Bijkomend was de foetus gestorven *in utero* en genoot de foetus dus nog geen strafrechtelijke bescherming.¹⁰⁶⁹

In een andere Franse zaak lag een CMV-infectie, de prematuriteit op zich (31 weken) en een chorionamniotitis aan de bron van pneumologische problemen van een baby. De oorzaak lag niet bij het laattijdig uitvoeren van een sectio, wegens een foute interpretatie van de foetale monitoring van de vroedvrouw.¹⁰⁷⁰

Zowel in eerste aanleg als in hoger beroep oordeelde de rechter in Gent dat de vroedvrouw laattijdig de onregelmatigheden in het CTG-patroon had gemeld aan de gynaecoloog. Omdat er te veel twijfel bestond over het causaal verband tussen de fout van de vroedvrouw en de schade *in concreto*, hervormde het hof het vonnis van de eerste rechter en werd de gynaecoloog niet als gelegenheidsaansteller aansprakelijk gesteld.¹⁰⁷¹

555. Het goed *updaten* van het patiëntendossier en het onderhouden van adequate communicatie missen ook in deze problematiek hun doel niet.

Het hof van beroep van Aix-en-Provence stelde het ziekenhuis niet aansprakelijk voor het ‘verliezen’ van de CTG-monitorstrips. De vroedvrouw hield het partogram goed bij en hieruit kon foetale nood worden afgeleid, wat een kunstverlossing (met spatulas) rechtvaardigde.¹⁰⁷²

¹⁰⁶⁶ Leeuwarden 20 november 2002, rolnr. 9900134, LJN AF0928, bevestiging van Rb. Groningen 20 november 1998, rolnr. 29091/HA ZA 97-863.

¹⁰⁶⁷ HR 9 juli 2004, N° C03/081; Na contactname met de griffie bleek dat de eisende partijen de procedure voor het hof van beroep van Arnhem niet zijn opgestart.

¹⁰⁶⁸ Corr. Châlons en Champagne 7 maart 2001, inzake de schadevergoeding: Rouen 27 mei 2009, rolnr. 08/01374, voorziening afgewezen door Cass. 24 november 2011, N° 10-26.549; Versailles 28 juni 1996, voorziening afgewezen door Cass. 5 november 1997, N° 96-84.524.

¹⁰⁶⁹ Angers 2 september 2003, voorziening afgewezen door Cass. 4 mei 2004, N° 03-86175.

¹⁰⁷⁰ Reims 19 november 2007, rolnr. 06/02761, bevestiging Rb. Reims 17 oktober 2006.

¹⁰⁷¹ Rb. Gent 13 december 2000, hervormd door Gent 7 december 2006, *Intercontact* 2007 10.

¹⁰⁷² Aix-en-Provence 20 februari 2014, rolnr. 12/12300, bevestiging van Rb. Marseille 19 april 2012, rolnr. 11/01438.

Het hof van beroep van Lyon stelde de vroedvrouw, noch de gynaecoloog aansprakelijk voor de hersenschade aan een baby. Ondanks het feit dat er zeer weinig foetale monitoring was afgenomen, kon niet met zekerheid gesteld worden dat een eerder uitgevoerde sectio de schade had voorkomen. Het Franse Hof van Cassatie verbrak dit arrest. Het ziekenhuis diende aan te tonen dat tijdens de afwezigheid van foetale monitoring er geen interventie diende te gebeuren.¹⁰⁷³

Twee burgerlijke zaken benadrukken het belang van een protocol of gedragscode binnen het ziekenhuis betreffende de interpretatie van foetale monitoring en de communicatie tussen de zorgverleners.¹⁰⁷⁴

Na de strafrechtelijke vrijspraak van een gynaecoloog en een vroedvrouw stelde de rechtbank van eerste aanleg van Brussel, het ziekenhuis als aansteller aansprakelijk voor de fout van de vroedvrouw. Ze miskende de foetale nood en gaf geen correcte informatie aan de gynaecoloog. De alsnog uitgevoerde sectio kon het overlijden van de baby niet beletten.¹⁰⁷⁵

¹⁰⁷³ Lyon 13 september 2011, verbroken door Cass. 13 december 2012, N° 11-27347; Het arrest van het hof van beroep van Grenoble kon niet via de griffie worden bekomen.

¹⁰⁷⁴ Bordeaux 25 november 1996, voorziening afgewezen door Cass. 7 juli 1998, N° 97-10869; Rb. Gent 14 april 2006, rol nr. 97/3708/A.

¹⁰⁷⁵ Rb. Brussel 17 november 2015, rol nr. 2007/9450/A, onuitg., na Rk.Brussel 10 oktober 2006, Not.nr. BR.46.99.1591/01, bevestigd door KI Brussel 14 december 2006.

E. Het belang van samenwerking/overleg op basis van het patiëntendossier

E.1. Empirie

556. Overleg tussen zorgverleners en vertrouwen op elkaars deskundigheid, blijken geen evidentie te zijn. Zowel de vroedvrouw die bij een pathologische situatie geen arts ter consult roept, als een arts die de informatie van de vroedvrouw in de wind slaat, zijn niet. Verschillende zaken illustreren dat een evaluatie van de toestand in gezamenlijk overleg op basis van het patiëntendossier, een na te streven doel is.

557. In verschillende zaken kon naar alle waarschijnlijkheid door een betere communicatie tussen de zorgverleners op basis van een correct bijgehouden patiëntendossier de schade voorkomen of tot een minimum herleid worden. Van de twaalf afgesloten gerechtelijke procedures over deze problematiek, besliste de rechtbank in tien zaken tot medische aansprakelijkheid.

558. Er waren drie valkuilen in de onderlinge communicatie: 1) niet doorverwijzen naar een collega-zorgverlener als de problematiek de eigen expertise oversteeg, 2) het niet verhogen van de frequentie van de overlegmomenten naarmate de arbeid vorderde en 3) het verwaarlozen van het belang van het patiëntendossier.

E.2. Juridische basis

E.2.1. De inhoud van het patiëntendossier

559. Het verdrag inzake de rechten van de mens en de biogeneeskunde van 1997 voorziet voor elke Europese patiënt het recht op een patiëntendossier, vallend onder de noemer van bescherming van het privéleven en het recht op informatie inzake zijn/haar gezondheidstoestand.¹⁰⁷⁶

560. Conform de nationale wetgeving van België, Nederland en Frankrijk is het ook een recht van elke patiënt om een zorgvuldig bijgehouden en bewaard patiëntendossier te hebben bij elke beroepsbeoefenaar.¹⁰⁷⁷

561. Rekening houdend met de Belgische situatie, moet een ziekenhuis voor elke patiënt een patiëntendossier bijhouden, wat een medisch en een verpleegkundig luik bevat. Om de medische activiteit in een ziekenhuis kwalitatief te toetsen wordt voor elke patiënt een medisch dossier aangelegd en minstens dertig jaar bewaard in het ziekenhuis onder de verantwoordelijkheid van de

¹⁰⁷⁶ Art. 10, § 1 European Convention on Human Rights and Biomedicine (Convention for the protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine), No 164, Oviedo 1997: "Everyone has the right to respect for private life in relation to information about his or health".

¹⁰⁷⁷ (België) Art. 9, § 1 Wet patiëntenrechten, (Nederland) art. 454 BW en (Frankrijk) art. L1111-14 Code de la santé publique.

hoofdgeneesheer.¹⁰⁷⁸ Naar analogie dient voor de toetsing van de verpleegkundige activiteit een verpleegkundig dossier voorhanden te zijn, dat minstens twintig jaar bewaard blijft in het ziekenhuis onder de verantwoordelijkheid van de hoofdgeneesheer.¹⁰⁷⁹

562. Pas in 1999 legde de wetgever per KB de minimumbepalingen van het medisch dossier vast.¹⁰⁸⁰ Voor de wettelijke determinatie van de minimumbepalingen van het verpleegkundig dossier was het wachten tot 2006.¹⁰⁸¹ Ook de activiteit van de vroedvrouw (verbonden met een ziekenhuis) dient haar neerslag te vinden in het verpleegkundig dossier.¹⁰⁸²

563. Het KB 1991 en de nomenclatuur bieden voor het bepalen van de inhoud van het “verloskundig dossier” weinig meerwaarde. Het KB 1991 verplicht de (vooral van toepassing op de zelfstandige) vroedvrouw een verloskundig dossier bij te houden, waarin de naam van de gynaecoloog en het ziekenhuis staan, waarnaar de patiënte wenst te worden verwezen.¹⁰⁸³ De nomenclatuur voor verloskundige prestaties legt de minimumbepalingen van het verloskundig dossier voor de betaling van de prestaties van de vroedvrouw vast door het RIZIV.¹⁰⁸⁴ Het betreffen vooral evidente zaken (zoals identificatie) en zeer vage vermeldingen, die veel ruimte laten voor eigen appreciatie:

- “de identificatiegegevens van de rechthebbende;
- de identificatie van de vroedkundige verzorging die verleend werd;
- de identificatie van de vroedvrouw die deze verzorging heeft verleend;
- de planning van de verzorging;
- de evaluatie van de verzorging;
- de identificatie van de behandelend geneesheer (huisarts, geneesheer specialist in de gynaecologie-verloskunde,...);

¹⁰⁷⁸ Art. 20, § 1, lid 1 wet 10 juli 2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, *BS* 7 november 2008, hierna Ziekenhuiswet; (Oud) art. 15 wet 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen, *BS* 7 oktober 1987; (Oud) art. 2*bis*, § 3 wet 23 december 1963 op de ziekenhuizen, *BS* 1 januari 1964, ingevoegd bij KB nr. 407 van 18 april 1986, *BS* 6 mei 1986 *juncto* art. 1 KB 3 mei 1999 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het medisch dossier, bedoeld in artikel 15 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, moet voldoen, *BS* 30 juli 1999, hierna KB medisch dossier.

¹⁰⁷⁹ Art. 25, § 1 Ziekenhuiswet; (Oud) artikel 17*quater* wet 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen, *BS* 7 oktober 1987, ingevoegd door art. 129 wet 29 december 1990 houdende sociale bepalingen, *BS* 9 januari 1991 *juncto* art. 1 KB 28 december 2006 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het verpleegkundig dossier, bedoeld in artikel 17*quater* van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, moet voldoen, *BS* 30 januari 2007, hierna KB verpleegkundig dossier.

¹⁰⁸⁰ Art. 2 KB medisch dossier.

¹⁰⁸¹ KB 28 december 2006 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het verpleegkundig dossier, bedoeld in artikel 17*quater* van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, moet voldoen, *BS* 30 januari 2007, hierna KB verpleegkundig dossier.

¹⁰⁸² Art. 13 Ziekenhuiswet; (Oud) artikel 9*quinquies* wet 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen, *BS* 7 oktober 1987, ingevoegd door art. 127 wet 29 december 1990 houdende sociale bepalingen, *BS* 9 januari 1991.

¹⁰⁸³ Art. 1, § 3 KB 1991.

¹⁰⁸⁴ Art. 9, § 6 KB 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, *BS* 29 september 1984.

- alle specifieke gegevens betreffende de verstrekkingen, vermeld in dit artikel 9 a) van de nomenclatuur van geneeskundige verzorging”.

564. Verleent de vroedvrouw ook prenatale zorgen, dan moet het dossier ook de volgende gegevens bevatten: de identificatie van het ziekenhuis waarnaar de zwangere wenst te worden verwezen voor de bevalling, de medische en verloskundige, de vermoedelijke bevallingsdatum en de resultaten van lichamelijke/technische onderzoeken. Assisteert de vroedvrouw bij de arbeid en/of bevalling, dan vermeldt ze tevens de bevallingsdatum, het aantal zwangerschapsweken, de identificatie van het ziekenhuis waar de bevalling is gebeurd, het onderzoek van het kind met vermelding van de Apgar-score, het verloop van de arbeid en/of de bevalling en de resultaten van uitgevoerde lichamelijke/technische onderzoeken. De postnatale zorgen geeft de vroedvrouw weer in het “verloop van het postpartum”. Naast het verloskundig dossier stelt de vroedvrouw aan elke patiënte ook een zwangerschapsboekje ter beschikking, dat “alle nuttige en noodzakelijke informatie omtrent de zwangerschap en het postpartum” moet omvatten, opnieuw zeer vaag geformuleerd.

565. Naar analogie van wat in andere takken van de geneeskunde geldt, zijn in het medisch dossier betreffende de verloskundige zorg, naast de identiteit van de patiënte en zorgverlener volgende vermeldingen vereist: 1) verslag van verloskundige voorgeschiedenis, 2) uitslagen van onderzoeken (o.m. bloed, urine, RX, echo), 3) adviezen van andere specialisten, 4) de diagnose van een bepaalde pathologie, 5) de ingestelde therapie of bij een ingreep, het operatie- en anesthesieprotocol, 6) de beschrijving van de evolutie van de zwangerschap en foetale toestand (prenatale ontwikkeling), 7) het verslag van een bloedtransfusie en 8) een ontslagrapport. Naast de analoge vermeldingen als in het dossier van de moeder (2-5, 7 en 8) zijn voor de baby: 1) informatie inzake de prenatale ontwikkeling en geboorte (o.m. Apgar-score) en 6) een beschrijving van de evolutie van de gezondheidstoestand relevant.¹⁰⁸⁵

Het verpleegdossier moet een waarheidsgetrouw beeld scheppen van de continue maternale en neonatale zorgverlening. Bijgevolg vereist het dossier, naast de identiteit van de patiënte en zorgverlener: 1) de anamnese betreffende leefgewoonten (o.m. drink- en eetgewoonten, roken), 2) de informatie nodig voor kwalitatieve zorgverlening (o.m. wijze van bevalling, keuze fles- of borstvoeding), 3) de voorgeschreven medicatie en onderzoeken, 4) het verpleegplan met het klinisch oordeel van gezondheidsproblemen (diagnose, doelstelling, verwacht resultaat en interventie), 5) de verpleegplanning: lijst met geplande en al dan niet verstrekte zorgen, 6) observatienota's (o.a. borstvoeding, bloedverlies, baarmoederinvolutie, mictie) en 7) een ontslagrapport. Het dossier van de baby bevat, naast de analoge vermeldingen als in het dossier van de moeder (2-5 en 7): 1) de anamnese inzake de prenatale ontwikkeling en geboorte en 6) observatienota's (o.m. voedings- en slaappatroon, mictie- en defecatiepatroon).¹⁰⁸⁶

¹⁰⁸⁵ Relevante selectie uit art. 2, § 1, 1°-10° KB medisch dossier.

¹⁰⁸⁶ Relevante selectie uit art. 2, § 2, 1°-8° KB verpleegkundig dossier.

566. De koninklijke besluiten inzake het medisch en het verpleegkundig dossier dekken de lading wat betreft de pre- en postnatale zorgverlening van de vroedvrouw/gynaecoloog, maar zijn een lege doos wat betreft de assistentie tijdens de arbeid/bevalling. Nochtans ligt volgens de rechtspraakanalyse in die fase het zwaartepunt van de aansprakelijkheid van de vroedvrouw/gynaecoloog. Met enige verbeelding zou het zogenaamde ‘partogram’, dit is de (grafische) schriftelijke/elektronische weergave van het maternaal en foetaal welzijn onder de noemer van “verpleegplan” kunnen vallen, maar dit geeft aanleiding tot vereenvoudiging, terwijl net detaillering vereist is. Het partogram moet bovendien deel uitmaken van het medisch dossier, omdat tijdens deze fase vooral medische handelingen worden gesteld. Tijdens de arbeid is het net cruciaal de verschillende fasen goed schriftelijk te rapporteren, zodat een gerichte communicatie tussen de betrokken zorgverleners mogelijk is en dat, bij een eventueel aansprakelijkheidsvraagstuk, het patiëntendossier het antwoord biedt op de gerezen vragen.

E.2.2. De communicatie tussen zorgverleners

567. Het is aanbevolen dat het patiëntendossier ook de correspondentie tussen de betrokken zorgverleners verslaat, maar dit is geen wettelijke verplichting. Bij gebrek aan enige wetgevende bepaling kan echter wel teruggegrepen worden naar bestaande regels betreffende communicatie en samenwerking.

Elke Belgische arts heeft de deontologische plicht de vroedvrouwen te eerbiedigen en elke ongewettigde handeling te vermijden die hen nadeel zou kunnen berokkenen in hun betrekking met de patiënten. De arts is daarnaast verplicht in zijn beroepsverhouding met andere zorgverleners voor een “uitstekende samenwerking” te zorgen.¹⁰⁸⁷ Het nieuwe beroeps- en competentieprofiel van de Belgische Vroedvrouwen van 2016 verwijst naar een gelijkaardige regel.¹⁰⁸⁸ Het Beroepsprofiel van de Belgische Vroedvrouwen van 2006 deed dit ook al. Het beroepsprofiel onderschrijft de Internationale Ethische Code voor de vroedvrouwen, opgesteld door de ICM, die op internationaal vlak de professionele beroepsverenigingen ondersteunt en vertegenwoordigt.¹⁰⁸⁹ De code voorziet onder “*midwifery relationships*” de samenwerking van vroedvrouwen met andere zorgverleners, onder meer in het kader van de doorverwijzingsplicht van de vroedvrouw, indien de zorgverlening voor moeder en kind haar bevoegdheidsterrein overschrijdt. In deze

¹⁰⁸⁷ Art. 177 Code van geneeskundige plichtenleer.

¹⁰⁸⁸ FRVV/2016/ADVIES-1, *Het beroeps- en competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw* (bijlage bij het Advies van de Federale Raad voor de Vroedvrouwen met betrekking tot de hervorming van de Wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen), maart 2016, update van FRVV/2015/ADVIES-04, *Het beroeps- en competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw*, mei 2015, 21-22, vervanging van NRVV/Advies 2006, *Beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw*, december 2006; *Competentie 3 Samenwerker bij pathologie*: Verleent adequate zorg en begeleiding in verhoogde risicosituaties of bij complicaties in samenwerking met de arts en onder diens verantwoordelijkheid; *Competentie 6 Teamplayer, communicator en coördinator*: Zorgt voor de continuïteit van zorg in een pluridisciplinaire samenwerking. Communiceert zowel mondeling als schriftelijk op een deskundige en adequate wijze met collega’s, artsen, andere gezondheidszorgverleners en een breed publiek.

¹⁰⁸⁹ Meer informatie op www.internationalmidwives.org.

problematiek valt ook het nieuwe artikel in de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen te situeren. Telkens een gezondheidsproblematiek de expertise (de bekwaamheid, niet de bevoegdheid) van een zorgverlener overstijgt, zal het zijn/haar verantwoordelijkheid zijn de patiënte door te verwijzen naar een andere bevoegde zorgverlener.¹⁰⁹⁰

Verscheidende normen doen vermoeden dat Nederlandse zorgverleners multidisciplinaire samenwerking en patiëntenoverleg hoog in het vaandel dragen. Het Verloskundig Vademecum wijdt een volledig hoofdstuk aan ‘Verloskundige Samenwerking’. De bestanddelen van een goede verloskundige samenwerking zijn vastgelegd, vooral het plegen van overleg en het (terug)verwijzen tussen de verschillende zorgverleners zijn van cruciaal belang.¹⁰⁹¹ Ook de gedragscode voor artsen zet overleg in de verf. “De arts is ten opzichte van collegae en andere hulpverleners bereid tot openheid en communicatie over en evaluatie van zijn handelen, dit met inachtneming van zijn beroepsgeheim”.¹⁰⁹² De deontologische code voor verloskundigen onderschrijft het respecteren van ieders deskundigheid, de bereidheid tot samenwerking en een goede uitwisseling van wederzijdse informatie met inachtneming van het beroepsgeheim.¹⁰⁹³

De Franse *Code de la santé publique* onderstreept voor zowel de arts als de vroedvrouw het belang van samenwerking. De vroedvrouw moet bij pathologie doorverwijzen, diens onafhankelijkheid respecteren, maar na het consult kan ze haar verantwoordelijkheid terug opnemen, met instemming van de patiënte.¹⁰⁹⁴ Artsen zijn ertoe gehouden om een goed contact te onderhouden met andere zorgverleners.¹⁰⁹⁵

E.3. Tijdig doorverwijzen

568. Enerzijds is het kennen van de wettelijke grenzen van de beroepsuitoefening van de betrokken zorgverleners een must. Anderzijds is het tijdig doorverwijzen naar een collega (met meer expertise ter zake) noodzakelijk voor het bereiken van een kwalitatieve zorgverlening. Enkele zaken illustreren dat het tijdig doorverwijzen of het handelen binnen het wettelijk voorziene kader een *conditio sine qua non* is voor een zorgvuldige hulpverlening, zowel in de relatie vroedvrouw-gynaecoloog,¹⁰⁹⁶ als onderling tussen artsen.

¹⁰⁹⁰ Artikel 5 Wet 4 april 2014 tot regeling van de geestelijke gezondheidszorgberoepen en tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, BS 20 mei 2014, inw. 1 september 2016; art. 31/1 WUG.

¹⁰⁹¹ Commissie Verloskunde van het College voor zorgverzekeringen, *Verloskundig Vademecum, Verloskundige Samenwerking*, 2003, 23-29, zie http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=rivmp:54651&type=org&disposition=inline&ns_nc=1.

¹⁰⁹² Art. III 1. Gedragsregels voor artsen. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) 2013.

¹⁰⁹³ Art. 3.1.1. KNOV Beroepscode van verloskundigen van 2009.

¹⁰⁹⁴ Art. R4127-359 tot R4127-362 *Code de la santé publique*.

¹⁰⁹⁵ Art. R.4127-68 *Code de la santé publique*.

¹⁰⁹⁶ T. VANSWEEVELT, “De aansprakelijkheid van de vroedvrouw” in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek Gezondheidsrecht*, Volume I, Antwerpen, Intersentia, 2014, 1538-1539.

Het hof van beroep van Parijs stelde een ziekenhuis aansprakelijk voor het onzorgvuldig gedrag van een vroedvrouw bij de begeleiding van een patiënte met een zwangerschapsafbreking om medische redenen. Het empathisch vermogen van de vroedvrouw ontbrak volledig en ze schonk onvoldoende aandacht aan de pijnklachten van de patiënte. Er werd geen consult aangevraagd bij een psycholoog of andere zorgverlener. Het ziekenhuis erkende haar verantwoordelijkheid tegenover de patiënte: “*concernant le comportement du personnel incriminé qui a manqué incontestablement de tact et de professionnalisme*”.¹⁰⁹⁷

In een andere Franse zaak verwittigde de vroedvrouw geen gynaecoloog ondanks de niet vorderende arbeid. Ze diende in de plaats, volledig autonoom zonder overleg met de gynaecoloog en zonder enige medische indicatie, Atropine® toe (bedoeld om de weeën te versterken), hetgeen aanleiding gaf tot een hartstilstand van de moeder na een anafylactische shock. Het hof van beroep van Versailles stelde het ziekenhuis aansprakelijk.¹⁰⁹⁸

Een zelfstandige vroedvrouw en een huisarts begingen bij een thuisbevalling een medische onzorgvuldigheid. De vroedvrouw had bij de slechte uitkomst van de baby meteen moeten doorverwijzen naar het ziekenhuis en niet de huisarts verwittigen. Ook was er een suboptimale registratie van de harttonen, waardoor er geen significant beeld was van de foetale conditie. De huisarts op zijn beurt had de baby moeten doorverwijzen naar het ziekenhuis en niet de *touch of health* (lichaamsgerichte alternatieve geneeswijze) toepassen. Het hof van beroep van Antwerpen stelde beide zorgverleners niet aansprakelijk, wegens het onzeker causaal verband tussen de onzorgvuldigheid en de hersenschade van de baby. De keuze van een thuisbevalling impliceerde volgens het hof ook de aanvaarding van bepaalde risico's, onder meer het niet meteen kunnen uitvoeren van een sectio bij de vaststelling van foetale nood.¹⁰⁹⁹

Het hof van beroep van Arnhem stelde een gynaecoloog en een ziekenhuis niet aansprakelijk voor de psychische schade die een moeder zou opgelopen hebben, tijdens een stuitbevalling. De patiënte poneerde dat zowel de arts-assistent als de verloskundige in paniek raakte, op hulpknoppen duwde en dat de senior-gynaecoloog te laat bij de bevalling aanwezig was. Er was echter niet bewezen dat er sprake was van enige paniek en dat dit de posttraumatische stress-stoornis bij de moeder zou veroorzaakt hebben. De senior-

¹⁰⁹⁷ Parijs 10 april 2015, rolnr. 14/05108, bevestiging van Rb. Aubervilliers 19 december 2013, rolnr. 1113000183.

¹⁰⁹⁸ Versailles 27 juni 2013, rolnr. 10/05833, voorziening afgewezen door Cass. 10 september 2014, N° 13-23.638.

¹⁰⁹⁹ Rb. Antwerpen 10 oktober 2007, rolnr. 95/6997/A, bevestigd door Antwerpen 30 juni 2009, *T.Gez.* 2010-11, 140, noot VAN GELDER (burgerlijke procedure na buitenvervolginstelling door Rk. Antwerpen 19 september 1994).

gynaecoloog kreeg wel een waarschuwing opgelegd van het tuchtcollege, omdat hij niet vlugger aanwezig was bij de bevalling.¹¹⁰⁰

Wegens het begaan van onzorgvuldigheden bij een zwangere met herhaaldelijke klachten van braken en koliekpijn, stelde het hof van beroep te Gent de behandelende gynaecoloog aansprakelijk. Het hof hechtte geen geloof aan de bewering van de gynaecoloog dat hij een consult bij een gastroloog had aangevraagd, maar dat de hoofdvroedvrouw dit vergeten te plannen was. Het hof meende tevens dat hij geen specifieke instructies had gegeven aan de vroedvrouwen om de toestand van dichtbij te volgen en hem bij alarmsignalen te verwittigen. De gynaecoloog stelde volgens het hof terecht dat de vroedvrouwen ook hun verantwoordelijkheid hadden, maar zijn geruste houding in de zin van “het zijn nierkolieken”, had de vroedvrouwen niet gemotiveerd om alert te zijn en hem bij enige abnormaliteit te verwittigen. Uiteindelijk bleek er sprake te zijn van een *mors in utero* door shock en dehydratie van de patiënte.¹¹⁰¹

In een laatste Franse zaak was de gebrekkige communicatie volledig te wijten aan de vroedvrouw. Ze liet een patiënte met een abnormale monitoring, wijzend op foetale stress, vertrekken zonder verwittiging van een gynaecoloog.¹¹⁰²

569. Ook bij de plaatsing en opvolging van een epidurale analgesie biedt goede communicatie een absolute meerwaarde.

Het hof van beroep van Antwerpen stelde een gynaecoloog aansprakelijk voor het onderschatten van de berichten van de vroedvrouwen betreffende de rugklachten van zijn patiënte na een epidurale analgesie. De gynaecoloog consulteerde pas zeer laattijdig een neuroloog, die een periduraal abces diagnosticeerde.¹¹⁰³

De correctionele rechtbank van Charleroi veroordeelde een anesthesiste als eindverantwoordelijke voor de onopzettelijke doding van moeder en kind. De vroedvrouw verkreeg de vrijspraak. Zoals standaard in het desbetreffende ziekenhuis plaatste de anesthesiste de epidurale katheter en diende ze enkel de testdosis toe. Ze liet de toediening van de oplaaddosis over aan de vroedvrouw, zonder het meegeven van instructies bij complicaties. Vermoedelijk door het bewegen van de patiënte schoof de epidurale katheter

¹¹⁰⁰ Arnhem 6 maart 2007, rolnr. 2005/393, LJN BA1317, *NJF* 2007, 246, *JA* 2007/90, *GJ* 2007/78, bevestiging van Rb. Zwolle 28 januari 2004; Medisch Tuchtcollege Zwolle 25 augustus 2001.

¹¹⁰¹ Gent 30 november 2004, rolnr. 1102/2003, hervorming op burgerlijk gebied van Corr. Gent 17 september 2003, notitienr. GE46.99.212.99.

¹¹⁰² Corr. Colmar 5 juli 1991, G. DECROIX, “Réseau de soins et responsabilité en obstétrique”, *Réseau Périnatal-Sud* 2006.

¹¹⁰³ Antwerpen 30 juni 1997, *T. Gez.* 1999-2000, 126-128, bevestiging van Rb Turnhout 12 september 1994, rolnr. 1994/3615 en 1995/79.

verder in het ruggenmerg (door de *dura mater*). Het inspuiten door de vroedvrouw van de oplaaddosis gaf meteen aanleiding tot verlamningsverschijnselen in de onderste ledematen, een pathologie waar noch de vroedvrouw noch de assistent-gynaecoloog in slaagden adequaat te aanpakken.¹¹⁰⁴

In een andere strafzaak veroordeelde de correctionele rechtbank van Dendermonde zowel anesthesist als vroedvrouw voor onopzettelijke slagen en verwondingen. De oorzaak van de schade was het inspuiten van een verkeerd oplosmiddel, calciumchloride in plaats van natriumchloride, wat de moeder in een comateuze toestand bracht met een blijvend ruggenmergletsel. De gerechtsdeskundigen achterhaalden niet of de vroedvrouw aan de anesthesist het verkeerde oplosmiddel aanbod (zonder controle anesthesist) of dat de vroedvrouw bij het toedienen van de volgende dosis zelf het verkeerde product gebruikte. In dit laatste geval bleef de anesthesist in gebreke de correcte uitvoering en het handelen van de vroedvrouw te controleren. De notities in het patiëntendossier brachten geen opheldering van de problematiek.¹¹⁰⁵ Handelen volgens een lokaal gebruik van het ziekenhuis of instructie van de arts, volledig tegen de wet in, roept terecht ernstige vragen op.¹¹⁰⁶

E.4. Frequentie overlegmomenten

570. De volgende zaken illustreren dat hoe nakend het moment van de bevalling, hoe frequenter het overleg tussen gynaecoloog en vroedvrouw nodig is, om tegemoet te komen aan onverwachte complicaties.

Midden november 2015 viel het doek over een Belgische zaak van 1999. Een baby overleed enkele maanden naar zijn geboorte ten gevolge van hersenschade. Hij werd prematuur geboren via een sectio, maar gelet op de voetligging verliep de sectio vrij moeizaam. Na een strafprocedure waarbij zowel het ziekenhuis als de gynaecoloog werden vrijgesproken, startten de ouders een burgerlijke procedure.¹¹⁰⁷ De rechtbank van eerste aanleg te Brussel volgde het advies van de gerechtsdeskundigen. Anno 1999 was het opteren voor een vaginale bevalling bij een stuitligging zeker een optie. De oorzaak van de schade was enkel en alleen te wijten aan “de verkeerde/ontoereikende communicatie door de vroedvrouw”. De vroedvrouw nam zelf geen initiatief tot overleg en gaf ten slotte geruststellende berichten aan de gynaecoloog, terwijl er sprake was van foetale nood. Ze interpreteerde de foetale monitoring verkeerd en verrichte geen vaginaal onderzoek, waardoor de voetligging

¹¹⁰⁴ Corr. Charleroi 23 november 1989, *JLMB* 1990, 348.

¹¹⁰⁵ Corr. Dendermonde 19 maart 1991, *VL.T.Gez* 1991, 125, noot R. HEYLEN.

¹¹⁰⁶ Pas vanaf 30 juli 2007 mag de Belgische vroedvrouw tijdens de arbeid/bevalling/postpartum de medicamenteuze onderhoudsdoses van een epidurale verdoving voorbereiden en toedienen, mits het voldoen aan specifieke voorwaarden, opgetekend in een procedure, cfr. KB 8 juni 2007 houdende wijziging van het KB van 1 februari 1991 betreffende de uitoefening van het beroep van vroedvrouw, *BS* 20 juli 2007, zie randnr. 131-133.

¹¹⁰⁷ Rk. Brussel 10 oktober 2006, Not.nr. BR.46.99.001591/2001, bevestigd door KI 14 december 2006, onuitg.

niet tijdig aan het licht kwam. De fout van de vroedvrouw gaf aanleiding tot de aansprakelijkheid van het ziekenhuis.¹¹⁰⁸

In juni 2015 verdeelde de rechtbank van eerste aanleg te Brussel de aansprakelijkheid tussen een ziekenhuis (voor de fouten van de vroedvrouwen) en de gynaecologe als respectievelijk 25% en 75%. Enerzijds mocht de gynaecologe nooit ingegaan zijn op de vraag van de patiënte om een proefarbeid te proberen. Het betrof een patiënte met een sectiolitteken (eerste sectio wegens foetale nood) en de RX van het bekken was niet geruststellend (“in de nabijheid van de kritische ondergrens”). Ten tweede moest de gynaecologe de arbeid van naderbij gevolgd hebben en/of instructies aan de vroedvrouwen hebben gegeven en hen gewezen hebben op de aanzienlijke risico’s. De vroedvrouwen waren ook niet op de hoogte van het resultaat van de pelvimetrie. Het feit dat het ziekenhuis geen “georganiseerd systeem had om informatie en instructies van de gynaecoloog aan de vroedvrouwen door te geven”, ontsloeg de gynaecologe niet van haar communicatieplicht. Anderzijds handelden de vroedvrouwen ook foutief door de pijnklachten van de patiënte onvoldoende ernstig te nemen en gedurende de transfer en de plaatsing van een epidurale (in totaal meer dan één uur) geen foetale monitoring te doen. Uiteindelijk bleek er sprake te zijn van een uterusruptuur en een placentaloslating. De baby overleed en ten gevolge van de gecompliceerde sectio (wegname baarmoederhals) liep de patiënte ook een blijvende invaliditeit op. Na dit incident ontwikkelde het ziekenhuis een ‘communicatiefiche’ met als doel de correspondentie tussen de gynaecoloog en de vroedvrouw accurater te laten verlopen.¹¹⁰⁹

Het hof van beroep van Brussel stelde dertig jaar na de feiten het ziekenhuis en de gynaecoloog aansprakelijk, wegens het begaan van verschillende nalatigheden bij de bevalling en behandeling van een prematuur geboren baby te Duitsland (militair hospitaal onder Belgisch bestuur). Ten aanzien van de gynaecoloog verweet het hof een dubbele fout: enerzijds het overlaten van een (te verwachten) premature geboorte aan verpleegkundigen (geen vroedvrouwen) door niet onmiddellijk aanwezig te zijn na oproep en anderzijds het niet doorknippen van de cerclagedraden, waardoor de baby hersenschade had opgelopen. De behandelende pediatr stuurde naar het desbetreffende ziekenhuis een brief met de behandelingsmethode en de toe te dienen medicatie, maar deze brief raakte verkeerdelijk geklasseerd in het medisch dossier van het broertje. Hierdoor startten de correcte behandeling en medicatietoediening laattijdig, met een verminderde kans op een normale ontwikkeling tot gevolg. Dit verkeerde klassement leidde tot de aansprakelijkheid van het ziekenhuis. Naar aanleiding van de (geseponeerde) strafklacht kwam tevens aan het licht dat medische dossiers op de dienst pediatrie wel eens verdwenen.¹¹¹⁰

¹¹⁰⁸ Rb. Brussel 17 november 2015, rolnr. 2007/9450/A, onuitg.

¹¹⁰⁹ Rb. Brussel 24 juni 2015, rolnr. 07/13215/A, onuitg., hangende voor Brussel, rolnr. 15/AR/1884.

¹¹¹⁰ Brussel 12 december 2007, 2003/AR/2349, hervorming van Rb. Brussel 13 juni 2002, rolnr. 81/122322/A.

Het hof van beroep van Rennes stelde een gynaecoloog aansprakelijk voor een schouderletsel na een stuitbevalling, uitgevoerd door een vroedvrouw. De gynaecoloog had zelf de pathologische bevalling moeten assisteren en niet overlaten aan de vroedvrouw. Hij onderhield een gebrekkige communicatie met de vroedvrouw, kwam zelf geen poolshoogte nemen en miste bijgevolg het moment van bevalling, waardoor de ouders de kans verloren op een betere uitkomst.¹¹¹¹

E.5. Belang van overleg op basis van het patiëntendossier

571. Om de continuïteit van de zorgverlening tussen de eerstelijns en de tweedelijns te verzekeren is het meegeven van een medische fiche aan de patiënte determinerend. Indien de patiënte dan nog zelf gegevens achterhoudt, gaat veel tijd verloren. Het hof van beroep van Luik weerhield dan ook een samenloop van aansprakelijkheid tussen een zelfstandige vroedvrouw en een patiënte. De zelfstandige vroedvrouw ging in de fout door een arbeid met risico's (patiënte met uteruslitteken) thuis op te volgen en geen medische fiche te overhandigen. Ze had de patiënte bij het begin van de arbeid meteen moeten aansporen om naar het ziekenhuis te gaan. De patiënte talmde op haar beurt om naar het ziekenhuis te vertrekken en hield kostbare informatie (gebroken vliezen) achter voor de betrokken gynaecoloog en vroedvrouw. De foetale nood werd laattijdig opgemerkt en een sectio kon de baby niet meer redden. Gezien het aandeel van de patiënte in het overlijden van haar baby, kreeg ze slechts de helft van de schadevergoeding, die de vader ontving.¹¹¹²

572. Het belang van een zorgvuldig ingevuld patiëntendossier dat ter beschikking staat van alle betrokken zorgverleners blijkt afdoende uit volgende zaken.

Een vroedvrouw die vliezen brak om de arbeid in te leiden, maar zonder enige kennis van het patiëntendossier of contactname met de behandelende gynaecoloog, beging een onzorgvuldigheid met het overlijden van de baby tot gevolg. De gynaecoloog stelde op haar beurt de dienst niet op de hoogte van de geplande inleiding, noch zorgde ze voor de aanwezigheid van het patiëntendossier. Er was sprake van een tweelobbige placenta en een niet gediagnosticeerde *vasa previa*. Na een eerste expertiseczitting besloot de verzekeraar van het ziekenhuis dekking te verlenen van het schadegeval.¹¹¹³

In oktober 2009 heeft het nalaten van het toedienen van antistoffen (profylaxe) tijdens de arbeid van een hepatitis B positieve moeder ter bescherming van de baby, ernstige schade

¹¹¹¹ Rb. Brest 17 december 1992, bevestigd door Rennes 9 mei 1995, vernietigd door Cass. 30 september 1997, N° 95-17286; De uitspraak van het hof van beroep van Angers kon niet via de griffie worden bekomen.

¹¹¹² Luik 10 mei 2012, *JLMB* 2013-14, 779-788; T. VANSWEEVELT, "De aansprakelijkheid van de vroedvrouw" in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek Gezondheidsrecht*, Volume I, Antwerpen, Intersentia, 2014, 1540.

¹¹¹³ Rb. Turnhout 18 februari 2010, 09/1049/A (vonnis van doorhaling wegens het bereiken van een dading).

opgeleverd. De hepatitis B-besmetting bleek gekend te zijn onder de betrokken zorgverleners (stond in medisch dossier), maar resulteerde niet in de toediening van antistoffen. De BA-verzekeraar van het Belgische ziekenhuis verleende op het eerste verzoek dekking voor het schadegeval.¹¹¹⁴

Na cassatie stelde het hof van beroep van Versailles een vroedvrouw en een ziekenhuis aansprakelijk voor het niet tijdig reageren op een bradycardie na een epidurale verdoving. Er kon geen nieuwe expertise worden gepland, omdat zowel de gynaecoloog als de pediater overleden waren. Het beschikbare patiëntendossier was zeer gebrekkig ingevuld door de vroedvrouw en dat deed haar uiteindelijk de das om. De vroedvrouw kon het tijdstip niet aantonen van het verwittigen van de gynaecoloog in verband met de bradycardie, noch dat ze Dopsal® en Syntocinon® op voorschrift van de arts had toegediend, noch dat er sprake was van een dubbele navelstrengomstrengeling.¹¹¹⁵

De correctionele rechtbank van Dinant veroordeelde de gynaecoloog en verleende de vrijspraak aan de vroedvrouwen voor onopzettelijke slagen en verwondingen. De gynaecoloog lichtte de vroedvrouwen, noch de patiënte in over het positief resultaat van de GBS-screening¹¹¹⁶. Er was ook geen melding in het patiëntendossier, waardoor de patiënte geen antibiotica kreeg tijdens de arbeid. De vroedvrouwen zochten het resultaat niet op in de computer, hetgeen niet als een professionele fout werd bestempeld, daar de informatieplicht bij de arts lag.¹¹¹⁷

E.6. Mede oorzaak aansprakelijkheid: te weinig instructies van gynaecoloog

573. In verschillende zaken lag het niet geven van instructies door de gynaecoloog aan de vroedvrouw of het niet melden van waar en hoe hij/zij te bereiken was mede aan de oorzaak van aansprakelijkheid.¹¹¹⁸ De hoofdoorzaak van aansprakelijkheid was van verschillende aard.

¹¹¹⁴ M. EGGERMONT, “Arts versus vroedvrouw: wie is aansprakelijk bij medische onzorgvuldigheden binnen de verloskunde”, in M. EGGERMONT (ed.), *Verloskunde in beweging: de relatie patiënt-zorgverlener in juridisch perspectief*, Brugge, Die Keure, 2013, 82.

¹¹¹⁵ Versailles 28 september 2005, rolnr. 04/02542, na Cass. 27 januari 2004, N° 01-13888, cassatie van Parijs 17 januari 2001.

¹¹¹⁶ Bij de aanwezigheid van deze bacterie (gecontroleerd via prenatale screening) in de vagina van de moeder wordt tijdens de arbeid antibiotica toegediend aan de moeder, om het risico op een streptococceninfectie bij de baby te vermijden. Zie voor meer info de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad (HGR 7721) van 2003, www.health.belgium.be/eportal/Aboutus/relatedinstitutions/SuperiorHealthCouncil/publications/booklets/index.htm?fodnlang=nl.

¹¹¹⁷ Corr. Dinant 31 mei 2004, *T. Gez.* 2005-06, 224; Verkeerdelijk vermelding Rb. Dinant 31 mei 2005, *T. Gez.* 2009-10, 35-41 noot N.V.)

¹¹¹⁸ Lyon 4 oktober 2011, rolnr. 11/00814; Gent 30 november 2004, rolnr. 1102/2003; Dijon 18 mei 2004, partiële cassatie (enkel ten aanzien van één gynaecoloog) door Cass. 7 februari 2006, N° 04-17056; Parijs 16 mei 2001, voorziening afgewezen door Cass. 9 november 2004, N° 01-16739 en 01-17168; Bordeaux 25 november 1996, voorziening afgewezen door Cass. 7 juli 1998, N° 97-10869; Bordeaux 2 juli 1992, rolnr. 170/90, voorziening afgewezen door Cass. 8 juni 1994, N° 92-19.887 en 92-20.037.

III.2.5. Postnatale zorg

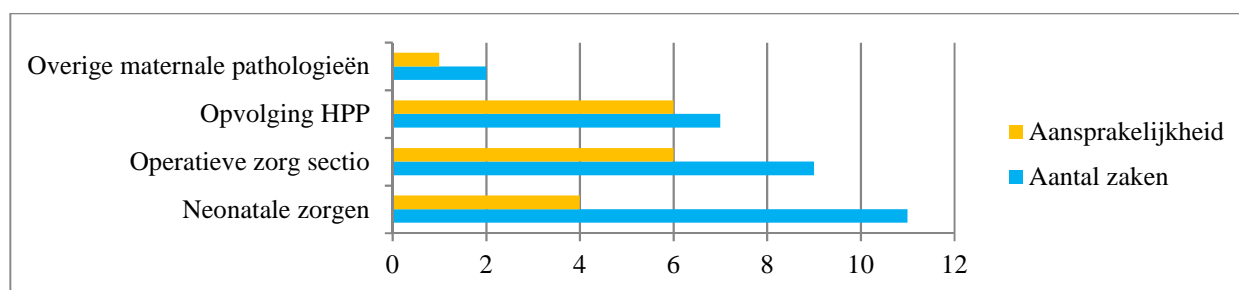
A. Empirie

574. Zoals in grafiek vier vermeld hebben 34 zaken betrekking op het handelen van de zorgverlener tijdens de postpartum fase. De zaken werden opgedeeld in vier categorieën: de operatieve zorg tijdens een sectio, zowel pre-, peri- als postoperatief (zie C), de opvolging van een postpartumbloeding (zie D), overige maternale pathologieën (zie E) en het toedienen van neonatale zorgen (zie F).

575. In 59% (17/29) van de afgesloten zaken besloot de rechter tot aansprakelijkheid.

Grafiek 13

Soort postpartum zorg



B. Juridische basis

576. De Europese richtlijn van 2005 bepaalt als bevoegdheid voor de vroedvrouw, het onderzoeken en verzorgen van de pasgeborene (en desgevallend overgaan tot reanimatie) en het bieden van zorg aan de pas bevallen vrouw.¹¹¹⁹

577. Het KB 1991 voegt naast het verzekeren van de postpartum zorg in het algemeen, ook het reanimeren van de moeder toe.¹¹²⁰

578. De verloskundige moet de baby kunnen reanimeren en optreden bij een acute shock of *hemorrhagia postpartum* (HPP) met een infuus en de toediening van Oxytocine®.¹¹²¹ Voor de artsen is er de NVOG-richtlijn inzake de opvolging van een HPP.¹¹²²

¹¹¹⁹ Art. 42 richtlijn Europees Parlement en Raad nr. 2005/36/EG, 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties, *Pb. L.* 30 september 2005, afl. 255, 45.

¹¹²⁰ Art. 2 en 5 KB 1991.

¹¹²¹ Art. 5, 1° Besluit 2008.

¹¹²² NVOG, *Richtlijn inzake Hemorrhagia postpartum*, 2013, zie <http://nvog-documenten.nl/uploaded/docs/NVOG%20richtlijn%20HPP%2014-11-2013%20definitief%20d.pdf>.

579. De *Code de la santé publique* bepaalt naast het ondernemen van actie bij een pathologie, ook het reanimeren van de pasgeborene door de vroedvrouw.¹¹²³ Artsen worden aangeraden om in hun beleid de richtlijn inzake de opvolging van een HPP in overweging te nemen.¹¹²⁴ Daarnaast vaardigde de Franse Hoge Gezondheidsraad ook een algemene richtlijn uit inzake het nazorgbeleid bij het ontslag van moeders met hun baby's.¹¹²⁵

C. Operatieve zorg sectio

580. Het al dan niet opteren voor een sectio kan een punt van discussie zijn. Als de keuze gerechtvaardigd is, behoort een zorgvuldige uitvoering van de sectio tot de verwachtingen, zowel op het gebied van voorbereiding (pre-operatieve onderzoeken), het openen en sluiten van het abdomen/uterus als de postoperatieve opvolging.

C.1. Pre-operatief

581. Vooraleer een sectio kan plaatsvinden, moet een team van zorgverleners (verpleegkundige operatiekwartier, anesthesist, gynaecoloog, vroedvrouw en pediater) *standby* staan. In een Franse strafzaak is een expertise bevolen tegen een medische directrice van een ziekenhuis (verantwoordelijk voor het personeelsbeleid), omdat de verpleegkundige van het operatiekwartier niet tijdig verwittigd werd van de spoedsectio en ze nog van thuis moest komen (op 30 km) vooraleer de sectio kon doorgaan.¹¹²⁶

582. Het onvoldoende verschaffen van informatie over de aanwezige longproblematiek en de specifieke preoperatieve onderzoeken vóór de uitvoering van een sectio, hebben tot de veroordeling van een gynaecoloog voor onopzettelijke doding geleid. Het hof van beroep van Bergen veroordeelde tevens de anesthesist wegens het onderschatten van de longproblematiek en het uitvoeren van onvoldoende onderzoeken. Ook de assistent-gynaecoloog, die geen internist waarschuwde van de degraderende toestand, ontsprong de dans niet. De betrokken vroedvrouw-verpleegkundige verkreeg de vrijspraak. Ze gaf gehoor aan de klachten van de patiënte, maar was niet bij machte om meer aan te dringen bij de assistent-gynaecoloog om meer deskundige hulp in te roepen.¹¹²⁷

¹¹²³ Art. R.4127-318 Code de la santé publique.

¹¹²⁴ CNGOF, *Richtlijn inzake de interventie bij een postpartum bloeding* (hémorragies du post-partum immédiat), 2004, zie <http://www.cngof.asso.fr/>

¹¹²⁵ Haute Autorité de Santé, *Aanbeveling 92 inzake het nazorgbeleid*, 2014 (Sortie de maternité après accouchement: conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés), http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1101438/fr/tableau-des-recommandations-de-bonne-pratique.

¹¹²⁶ Fort-de-France 15 februari 2007 (tussenarrest), voorziening afgewezen door Cass. 22 januari 2008, N° 07-81702; Het eindarrest van het hof van beroep van Fort-de-France was niet gepubliceerd en kon niet via de griffie worden bekomen.

¹¹²⁷ Bergen 25 oktober 1996, *T.Gez.* 1998-99, 388.

C.2. De uitvoering van de sectio zelf

583. Het hof van beroep van Arnhem-Leeuwarden achtte een ziekenhuis aansprakelijk voor de medische fout van een assistent-gynaecoloog, met name het veroorzaken van een totaalruptuur van de anale sfincter bij de baby. De gerechtsdeskundige adviseerde dat het aanhaken van de anus bij het ontwikkelen van de stuit geen gebruikelijke gedraging, maar vermijdbaar en verwijtbaar was, bijgevolg aan te merken als een ‘kunstfout’.¹¹²⁸

584. De vergoeding van de schade veroorzaakt door het gebrekkig hechten van een sectionaad door een gynaecoloog (bediende), legde het hof van beroep van Metz ten laste van het ziekenhuis.¹¹²⁹

585. Het hof van beroep van Amsterdam stelde het ziekenhuis aansprakelijk voor de hersenschade bij een sectiopatiënte, ten gevolge van een anafylactische shock. Ondanks dat het medisch personeel op de hoogte was van de overgevoeligheid van de patiënte voor penicilline, werd alsnog ‘volgens het protocol’ Augmentin® tijdens de operatie toegediend. De gynaecoloog erkende eerder al aansprakelijkheid. De Hoge Raad verbrak het arrest omwille van een motiveringsgebrek. Het was niet duidelijk of het ziekenhuis geen peer review had laten doen door deskundigen over het protocol of indien ze zelf het protocol moest evalueren.¹¹³⁰

586. In een oudere Franse zaak liet een vroedvrouw per ongeluk in een operatiekwartier een flacon ether vallen, hetgeen een steekvlam veroorzaakte. De vroedvrouw vluchtte weg, maar ook de gynaecoloog die bezig was met een sectio. De patiënte, die onder algemene verdoving op de operatietafel lag, overleed aan de opgelopen brandwonden. De vroedvrouw en de gynaecoloog werden schuldig bevonden aan onopzettelijke doding, omdat ze hun patiënte in de steek lieten en niet overgingen tot het blussen van de brand.¹¹³¹

C.3. De postoperatieve zorg

587. Bij de postoperatieve zorg is vooral teamwork belangrijk. Bij een sectio zijn immers ook een anesthesist betrokken, vaak een OK-verpleegkundige en een verpleegkundige in de recovery. Het wekt dan ook geen verwondering dan in zaken betreffende deze problematiek ook andere zorgverleners, naast de gynaecoloog en vroedvrouw betrokken waren.

¹¹²⁸ Arnhem-Leeuwarden 25 juni 2013, rolnr. 200.082.937, ECLI:NL GHARL:2013:4401.

¹¹²⁹ Metz 15 januari 2013, rolnr. 11/01890 en 12/00692.

¹¹³⁰ Rb. Amsterdam 22 augustus 2001, bevestigd door Amsterdam 25 september 2003, cassatie door Hoge Raad 1 april 2005, N° CO4/030, LJN AS6006; Het arrest van het hof van beroep van Den Haag is niet gepubliceerd en kon niet via de griffie bekomen worden.

¹¹³¹ Het arrest werd vernietigd door Cass. 9 mei 1956, *JCP* 1956, nr. 9435, noot SAVATIER; Zie voor meer rechtspraak inzake de Franse gynaecoloog: R. RYCKMANS en R. MEERT-VAN DE PUT, *Les droits et les obligations des médecins. Ainsi que des dentistes, accoucheuses et infirmières*, volume II, 54-57; Deze uitspraak werd pas gevonden na het afsluiten van de rechtspraakanalyse en werd dus niet opgenomen in de statistische verwerking van de gegevens.

Een gynaecoloog die niet zelf een sectiowond bekeek met het oog op het ontslag van de patiënte beging geen medische fout. Hij mocht vertrouwen op de vroedvrouwen die hierin ook over de nodige expertise beschikten. Op het moment van ontslag waren er geen alarmerende signalen. De wondinfectie, behandeld door de huisarts, was een complicatie.¹¹³²

Een anesthesist ontsprong de dans in een Franse zaak van 2002. De gerechtsdeskundigen besloten tot een medische fout (een bloeding na een sectio niet behandelen met plasma en fibrinogeen), maar baseerden zich op richtlijnen van 2004, die op het moment van de feiten nog geen algemene doorgang vonden.¹¹³³

Door een gebrekkige communicatie tussen een verpleegkundige, een vroedvrouw en een anesthesist verloor een patiënte voor zestig procent de kans op overleven aan een streptokokkeninfectie na een sectio. De verpleegkundige gaf onvoldoende aandacht aan de postoperatieve toestand van de patiënte, pleegde geen overleg met haar collega-vroedvrouw en was karig in haar informatie naar de anesthesist toe. Op zijn beurt informeerde hij niet verder, schreef enkel pijnstillers voor en kwam geen poolshoogte nemen, waardoor de septische shock verder fulmineerde. Het ziekenhuis en de anesthesist werden aansprakelijk gesteld.¹¹³⁴

Na een strafklacht werden zowel de gynaecoloog, de assisterende verpleegkundige, de ter consult geroepen abdominale chirurg, als het ziekenhuis naar de correctionele rechtbank verwezen. Alleen de gynaecoloog liep een veroordeling op wegens het niet verwijderen van een kompres vóór het sluiten van het abdomen en het ten onrechte vertrouwen op de verpleegkundige om de telling te doen. Ook besteedde hij te weinig aandacht aan de klachten van zijn patiënte. De verpleegkundige verkreeg de vrijspraak, omdat ze assisteerde op het laatste moment, de eindverantwoordelijkheid om de telling te doen en de operatiestreek te exploreren alvorens te sluiten lag bij de gynaecoloog.¹¹³⁵ In een gelijkaardige burgerlijke zaak liep een patiënte ernstige schade op door een achtergelaten kompres na een spoedsectio wegens foetale nood. De gynaecoloog erkende zijn aansprakelijkheid en de zaak kon na dagvaarding minnelijk geregeld worden. Het aandeel van de vroedvrouw-verpleegkundige in het tellen van de kompressen was geen punt van discussie.¹¹³⁶

¹¹³² Rb. Gent 19 oktober 2015, rolnr. 12/3513/A.

¹¹³³ Nancy 10 april 2013, voorziening afgewezen door Cass. 21 oktober 2014, N° 13-84461.

¹¹³⁴ Bordeaux 17 februari 2010, rolnr. 08/01030, hervorming van Rb. Angoulême 20 december 2007, rolnr. 04/2944.

¹¹³⁵ Corr. Brussel 9 mei 2008, notitiennr. BR.32.99.713/01.

¹¹³⁶ Rb. Antwerpen 12 mei 2005, rolnr. 97/2177/A, (begroting schadeposten).

De burgerlijke aansprakelijkheid van het ziekenhuis voor het overlijden van een patiënte na een sectio wegens gebrekkig toezicht van hun personeel, werd vernietigd in hoger beroep. De gerechtsdeskundigen achterhaalden de doodsoorzaak niet en voor het gebrekkig toezicht waren onvoldoende bewijzen.¹¹³⁷

D. Opvolging *haemorrhagia postpartum* (HPP)

588. Het adequaat opvolgen van een postpartumbloeding start met het signaleren van de eerste tekenen, meteen gevolgd door een passende interventie zoals het toedienen van medicatie, bloedproducten en/of chirurgisch ingrijpen. Een HPP kan immers een complicatie zijn met een nefaste maternale uitkomst. In de acht geanalyseerde zaken zijn zeven patiënten aan de gevolgen van een HPP overleden. Eén patiënte raakte in coma.

589. In slechts één zaak beoordeelde de rechter de HPP als correct opgevolgd. De anesthesist startte meteen de juiste behandeling en de gynaecoloog voerde nog een hysterectomie uit, maar tevergeefs.¹¹³⁸ In de overige zaken leidde het niet meteen adresseren van de symptomen van een HPP tot de aansprakelijkheid van de arts.

Het niet tijdig transfereren van een patiënte met een HPP na een bevalling van een drieling naar een gespecialiseerd centrum, leidde tot de veroordeling van een gynaecoloog wegens onopzettelijke doding. Hij baseerde zich verkeerdelijk op de geruststellende berichten van de vroedvrouw, die echter buiten schot bleef.¹¹³⁹

Het hof van beroep van Brussel veroordeelde een gynaecoloog door een gebrek aan diagnose na vijf uur van bloedverlies en lagere bloeddruk. Het missen van de diagnose van een baarmoederinversie was niet foutief, wel het persisteren in een therapie die geen enkel resultaat bood voor de pathologie.¹¹⁴⁰

In de volgende drie Franse strafzaken bracht de gebrekkige interventie na een HPP telkens de veroordeling van de gynaecoloog met zich mee. In de eerste zaak verrichte de gynaecoloog samen met een collega-chirurg niet tijdig een hysterectomie, waardoor de patiënte in coma geraakte. De bloeding was ontstaan na een manuele afhaling van de placenta.¹¹⁴¹ Het niet chirurgisch ingrijpen of bloed toedienen bij een HPP wegens het doorscheuren van het geboortekanaal (na een zware bevalling met forceps), leidde tot de

¹¹³⁷ Rb. Charleroi 8 november 2000, hervormd door Bergen 2 december 2003, *T. Gez.* 2007-08, 160.

¹¹³⁸ Rennes 29 januari 2004, rol.nr. 03/00785, bevestiging van Corr. Rennes 17 december 2002.

¹¹³⁹ Douai 3 november 1983, partiële cassatie (op burgerlijk gebied) door Cass. 27 novembre 1984, N° 83-94.889; De gynaecoloog moest niet instaan voor de burgerlijke schadevergoeding, hij handelde immers als uitvoeringsagent van het ziekenhuis.

¹¹⁴⁰ Brussel 29 juni 1982, *RGAR* 1983, nr. 10719.

¹¹⁴¹ Versailles 22 juni 1998, rol.nr. 1995-5166, hervorming van Rb. Versailles 11 april 1995.

strafrechtelijke aansprakelijkheid van de gynaecoloog in de tweede zaak.¹¹⁴² In de derde zaak ten slotte wachtte de gynaecoloog het resultaat van de hemoglobinebepaling niet af bij een patiënte met een HPP, maar verliet hij het ziekenhuis, waardoor hij niet kon ingrijpen bij een tweede bloeding.¹¹⁴³ De betrokken vroedvrouwen handelden telkens correct.

Het hof van beroep van Aix-en-Provence veroordeelde de anesthesist voor een gebrekkige interventie bij een HPP, ondanks de alarmerende berichten van de vroedvrouw. De anesthesist hield te weinig toezicht op de hemodynamische toestand, de veneuze druk en beval geen transfer naar een gespecialiseerd ziekenhuis. De patiënte raakte in coma en overleed zeven jaar na de feiten.¹¹⁴⁴

Zowel in eerste aanleg als in hoger beroep werd een gynaecoloog veroordeeld wegens een niet correcte aanpak van een HPP.¹¹⁴⁵ De vroedvrouw diende op voorschrift van de arts Capramol® (antifibrinolyticum, bevordert de bloedstolling) toe, maar dit was niet voldoende. Hij kwam geen poolshoogte nemen van de situatie, maar ging in middagpauze buiten het ziekenhuis. Pas na een zeer urgente oproep van de vroedvrouw, dat de patiënte verder degradeerde kwam hij ter plaatse. Pas twee uren laten riep hij er een collega bij, die enkel kon vaststellen dat de situatie niet meer te herstellen viel. Hij werd vrijgesproken voor valsheid in geschrifte. Er was te veel twijfel over de kwaadwilligheid van de gynaecoloog om 14u15 als uur van aankomst te noteren, terwijl de vroedvrouw 15u noteerde. Het Hof van Cassatie vernietigde dit arrest daar de experts van mening waren dat er ook tien procent kans was dat de patiënte de bloeding niet overleefde, mocht hij vroeger gekomen zijn. Derhalve was er geen sprake van een vaststaand causaal verband tussen de medische fout en het overlijden.¹¹⁴⁶

E. Overige maternale pathologieën

590. Na twee cassatievoorzieningen werden uiteindelijk de gynaecoloog en de anesthesist aansprakelijk gesteld voor het niet tijdig diagnosticeren van een cerebraal flebitis, met hersenschade tot gevolg na een epilepsieaanval. De vroedvrouwen informeerden voldoende de artsen over de symptomen van de moeder, met name barstende koppijn.¹¹⁴⁷

¹¹⁴² Reims 2 december 2010, voorziening afgewezen door Cass. 7 februari 2012, N° 11-80820.

¹¹⁴³ Versailles 15 februari 2012, voorziening afgewezen door Cass. 22 mei 2013, N° 12-82734.

¹¹⁴⁴ Aix-en-Provence 10 juni 2003, voorziening afgewezen door Cass. 21 oktober 2014, N° 13-86.057.

¹¹⁴⁵ Brussel 27 februari 1974, *De Verzekering* 1974, 637, bevestiging van Corr. Doornik 7 juni 1973.

¹¹⁴⁶ Cass. 23 september 1974, *RGAR* 1975, 9472. De uitspraak van het hof van beroep van Luik kon niet via de griffie worden bekomen.

¹¹⁴⁷ Lyon 15 april 2014, rolno. 13/07244, verwijzing door Cass. 16 mei 2013, vernietiging van Dijon 11 april 2012, verwijzing door Cass. 28 april 2011, vernietiging van Bordeaux 4 februari 2010, bevestiging van Rb. Besançon 20 december 2005, rolno. 2001/1157.

591. Het hof van beroep van Brussel bevestigde het eerste vonnis, waarbij een gynaecoloog een morele schadevergoeding moest betalen voor het veroorzaken van onnodig moreel leed. Hij stelde immers de inleiding van een bevalling van een MIU met drie dagen uit, omdat hij op vakantie was. Het hof stelde tevens een college van deskundigen aan om het handelen van de vroedvrouw en de gynaecoloog in het opsporen van de pathologie vóór de MIU te evalueren.¹¹⁴⁸

592. In een oudere zaak van 1958 verklaarde een Waalse Vrederechter een vordering tot schadevergoeding van een pas bevallen vrouw, wegens het ondergaan van een curretage, ongegrond. Ze kon niet bewijzen dat door de onzorgvuldigheid van de vroedvrouw, die onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog de bevalling deed, placentaresten waren achtergebleven.¹¹⁴⁹

F. Neonatale zorgen

593. Foetale bewaking vereist deskundigheid van de zorgverleners. Ook tijdens de toediening van de eerste zorgen van de pasgeborene of bij het beantwoorden van neonatale complicaties is zorgvuldigheid een must.

F.1. Plaatsen van tube/katheter

594. Een Nederlandse verpleegkundige maakte een verkeerde bocht tijdens het plaatsen van een nasofaryngeale tube en veroorzaakte een zwaar hersenletsel bij de baby. Het ziekenhuis droeg de aansprakelijkheid.¹¹⁵⁰ Het veroorzaken van brandwonden bij het plaatsen van een navelkatheter, door het gebruik van ioodalcohol, in combinatie met een te sterke infraroodlamp impliceerde de burgerlijke aansprakelijkheid van de pediater. Deze laatste is verantwoordelijke voor het gebruikte materiaal, niet de vroedvrouw-verpleegkundige die hem het materiaal aanreikte.¹¹⁵¹

F.2. Bacterie

595. Er is sprake van enige terughoudendheid wat betreft het beslissen tot aansprakelijkheid voor schade aan een baby ten gevolge van een bacterie.

Het hof van beroep van Luik schreef de hersenschade van een baby toe aan een nosocomiale (ziekenhuisgerelateerde) infectie met de Klebsiellabacterie.¹¹⁵² Er waren geen bewijzen dat een slechte handhygiëne van de vroedvrouw-verpleegkundige en/of pediater

¹¹⁴⁸ Rb. Brussel 15 november 2011, rolnr. 04/8723/A, bevestigd door Brussel 6 september 2011, rolnr. 2008/AR/740.

¹¹⁴⁹ Vred. Saint-Nicolas-Liège 30 april 1959, *JT* 1959, 457.

¹¹⁵⁰ Rb. Rotterdam 28 november 2007, LJN BD7445.

¹¹⁵¹ Antwerpen 11 maart 1992, rolnr. 3643/89 en 674/90, *VL.T.Gez.* 1993, 305.

¹¹⁵² De Klebsiella-bacterie is meestal een onschuldige bacterie die in de mond, in de darmen en op de huid voorkomt. De multiresistente Klebsiella Oxa-48 variant is een gevaarlijke mutant die vrijwel alle antibiotica kan afbreken en daardoor moeilijk te behandelen is. Meer info op www.consumentenbond.nl/test/voeding-gezondheid/aandoening-behandeling/mexicaanse-griep-en-q-koorts/extra/klebsiella-bacterie/.

de oorzaak was van de schade. Over de ingangspoort van de bacterie (via de mond of via een glucose-infuus) was geen duidelijkheid.¹¹⁵³ I

In een gelijkaardige zaak betreffende de hygiëne in de melkkeuken van een ziekenhuis sprak de correctionele rechtbank te Dendermonde de tien beklaagden (onder meer de hoofdvroedvrouw, de directeur, de pediater en de melkfabrikant) vrij van onopzettelijke doding. De ingangspoort van de Sakazakiibacterie (die in kleine onschuldige hoeveelheden aanwezig is in melkpoeder) kon niet met zekerheid achterhaald worden. Er was geen bewijs van een onhygiënische bereiding en/of bewaring van de melk.¹¹⁵⁴ Ook het overlijden van een baby wegens een GBS-sepsis was niet te wijten aan een onzorgvuldigheid in hoofde van de gynaecoloog, vroedvrouw of pediater. Het feit dat de baby binnen de 24u na zijn geboorte overleed, deed zowel de strafrechter als de burgerlijke rechter besluiten tot een zeer ‘fulminant’ verloop van de infectie.¹¹⁵⁵

F.3. Brandwonden

596. In een zaak van 1996 stond het medisch handelen van de betrokken zorgverleners tijdens de bevalling en de opvang van de baby meteen na de geboorte ter discussie. De baby leed hersenschade en ontwikkelde enkele dagen na de geboorte rode vlekken die evolueerden naar derdegraadsbrandwonden. De experts in de strafprocedure waren van mening dat er geen onzorgvuldig gebruik kon worden aangetoond van de warmtebron of het gebruik van de ontsmettingsvloeistof (hibitanetinctuur) bij het verrichten van de lumbale punctie. De strafrechter in Gent besloot tot een buitenvervolginstelling van de vroedvrouw, het ziekenhuis, de gynaecoloog, de pediater en de anesthesist.¹¹⁵⁶ De procedure werd verdergezet en de burgerlijke rechter verklaarde de buitencontractuele vordering tegen de vroedvrouw onontvankelijk wegens verjaring, maar stelde een nieuw expertencollege aan.¹¹⁵⁷ Dit college was van oordeel dat de brandwonden te wijten waren aan de restanten van de ontsmetting. Bijgevolg handelden zowel de pediater als de assisterende vroedvrouwen onzorgvuldig door de baby niet goed af te drogen alvorens de baby in de couveuse te plaatsen. De rechtbank verklaarde het ziekenhuis en de pediater uiteindelijk *in solidum* aansprakelijk voor de schade van de brandwonden. Er was geen causaal verband met de neurologische schade.¹¹⁵⁸

¹¹⁵³ Luik 26 maart 2007, rolnr. 1992/29916.

¹¹⁵⁴ Corr. Dendermonde 1 oktober 2007, notitiennr. DE.32.97.359/02.

¹¹⁵⁵ Corr. Mechelen 8 maart 2005, notitiennr. ME.46.99.44/03; Rb. Mechelen 6 juni 2006, rolnr. 04/965/A.

¹¹⁵⁶ Rk. Gent 21 november 2005, notitiennr. GE./45.99.673/2001, bevestigd door KI Gent 16 november 2006, 2005/KI/1455.

¹¹⁵⁷ Rb. Gent 12 februari 2009, rolnr. 06/3352/A.

¹¹⁵⁸ Rb. Gent 21 maart 2016, rolnr. 06/3352/A. Deze case maakt geen deel uit van het statistisch luik van de rechtspraakanalyse, wegens te recent.

597. Brandwonden bij een pasgeborene veroorzaakt door het plots stukspringen van een infraroodlamp boven een verzorgingskussen, hebben geleid tot de burgerlijke aansprakelijkheid van het ziekenhuis wegens een gebrekkige zaak en van de leverancier van de lamp op basis van productaansprakelijkheid.¹¹⁵⁹ De rechtbank van Leuven stelde in 1980 een gynaecoloog en het ziekenhuis aansprakelijk voor het veroorzaken van brandwonden aan een neonatus, door een te sterke verwarmingslamp, die bovendien te dicht stond.¹¹⁶⁰

F.4. Glycemie

598. Begin 2013 sprak het hof van beroep van Bergen, dertig jaar na de feiten, een definitief arrest uit in een zaak betreffende schade door een hypoglycemie. De pediater meende ten onrechte dat er sprake was van een hersenbloeding in plaats van een hypoglycemie, waardoor hij geen instructies gaf aan de vroedvrouw-verpleegkundigen inzake glycemiecontrole. Het hof stelde de vroedvrouw-verpleegkundigen niet aansprakelijk omdat de symptomen van een hypoglycemie gemakkelijk te verwarren waren met een verkoudheid. Ook de pediater handelde correct, omdat instructies betreffende een glycemiecontrole toen nog niet standaard waren. Bovendien was er geen glycemieapparaat op de materniteit aanwezig en diende daarvoor iemand van het labo te komen.¹¹⁶¹

599. In een gelijkaardige zaak stelde het hof van beroep van Arnhem een pediater niet aansprakelijk voor hersenschade wegens een te laat gediagnosticeerde hypoglycemie. Er waren op het moment van de feiten geen duidelijke richtlijnen in verband met het adequaat opvolgen van de glycemiewaarde bij zware baby's, postterm geboren.¹¹⁶²

F.5. Overige neonatale pathologieën

600. De rechtbank van Rotterdam oordeelde dat een zelfstandige verloskundige gedurende de eerste dagen na de geboorte van de baby handelde met inachtneming van de zorgvuldigheid die van een redelijk bekwaam en redelijk handelend verloskundige mag worden verwacht. Ze was niet aansprakelijk voor de hersenschade bij de baby ten gevolge van geelzucht. De concentratie van het bilirubinegehalte – en daarmee de gele kleur – was in een zeer kort tijdsbestek ernstig toegenomen, onvoorzienbaar voor de verloskundige.¹¹⁶³

¹¹⁵⁹ Rb. Gent 7 mei 2004, *T.Gez.* 2007-08, 162, bevestigd door Gent 18 september 2008, 2004/2078.

¹¹⁶⁰ Rb. Leuven 8 oktober 1980, rolnr. 15.125 en Rb. Leuven 8 mei 1987, *RGAR* 1988, nr. 11377 (uitspraak schadevergoeding).

¹¹⁶¹ Bergen 22 maart 2013, rolnr. 2011/1044 en 2011/911 na Corr. Hoei 7 februari 1986 (vrijspraak), Luik 20 april 1989 (afstand van geding), Rb. Hoei 18 maart 1999 (vordering is onontvankelijk), bevestigd door Luik 8 oktober 2001, vernietigd door Cass. 10 oktober 2003, N° C.02.0186.F/1, verwezen naar Brussel 25 september 2008, 2005/1103 (geen aansprakelijkheid), vernietigd door Cass. 30 juni 2011, N° C.09.0160.F/1; Zie voor procedurele voorafgaanden: M. EGGERMONT, “De procedurele hardnekkigheid van ouders in een procedure tegen zorgverleners: de aanhouder wint...of toch niet”, *T.Gez.* 2015-2016, 119-128.

¹¹⁶² Arnhem 9 februari 2010, rolnr. 200.006.467/01, voorziening afgewezen door HR 9 december 2011, N° 10/02070, LJN BT2921, *NJ* 2011/599.

¹¹⁶³ Rb. Rotterdam 29 februari 2012 en 2 april 2014, rolnr. C/10/378930/HA ZA 11-1203, ECLI:NL:RBROT:2014:4197.

601. Volgens het hof van beroep van Den Haag was de blindheid, ten gevolge van een netvliesloslating door onrijpe bloedvaten (*retinopathy of prematurity*, ROP), van een prematuur geboren baby (28 weken, lid van een tweeling) niet toerekenbaar aan het medisch personeel van een ziekenhuis. Het was wel wenselijk geweest het oogconsult vroeger te laten doorgaan, maar men kon niet concluderen dat als gevolg van deze vertraging een zodanig reële kans op een beter behandelingsresultaat verloren was gegaan.¹¹⁶⁴

602. In een oudere Franse zaak veroordeelde de rechter een vroedvrouw wegens onopzettelijke doding van een baby. Ze had immers meteen na de geboorte de navelstreng niet goed afgebonden en/of geen goed toezicht gehouden op de baby na het afklemmen. De klem schoot los en de baby bloedde dood.¹¹⁶⁵

¹¹⁶⁴ Den Haag 21 april 2015, ECLI:NL:GHDHA:2015:876200.134.948, bevestiging van Rb. Rotterdam van 11 februari 2009, 26 januari 2011 en 23 januari 2013; De baby onderging kort na de geboorte een buikoperatie, waarna het zijn rechterbeentje verloor door circulatieproblemen. Hiervoor erkende het ziekenhuis aansprakelijkheid.

¹¹⁶⁵ Trib. Gr.Inst. Soissons 24 oktober 1959, *D* 1960, 24; R. RYCKMANS en R. MEERT-VAN DE PUT, *Les droits et les obligations des médecins. Ainsi que des dentistes, accoucheuses et infirmières*, volume II, 265; Deze uitspraak werd pas gevonden na het afsluiten van de rechtspraakanalyse en werd dus niet opgenomen in de statistische verwerking van de gegevens.

III.2.6. Tendens in de 21^{ste} eeuw: blijft de vroedvrouw buiten schot?

603. De persoonlijke burgerlijke aansprakelijkheid van de Belgische en Franse vroedvrouw en de Nederlandse verloskundige, werkzaam in dienstverband bij het ziekenhuis, was al op het einde van de 20^{ste} eeuw vrij uitzonderlijk. In België is bij een medische fout van de vroedvrouw vooral de aansprakelijkheid van de arts betrokken. In Nederland zijn er minder gerechtelijke procedures, omdat de overheid inzet op de minnelijke afhandeling van klachten/schadegevallen door de overheidsinstanties zelf of op het niveau van de verzekeraar. De Franse rechters stellen de ziekenhuizen als aanstellers aansprakelijk voor de medische fouten van de vroedvrouwen, die er tewerkgesteld zijn als bediende.

604. Door enkele belangrijke wetswijzigingen is de kans op deze vorm van aansprakelijkheid ook voor de Belgische vroedvrouw in de 21^{ste} eeuw tot een minimum herleid. Twee wetten hebben binnen de medische aansprakelijkheid in het algemeen voor een drastische vermindering gezorgd van het aantal verwerende partijen in een burgerlijke procedure: de centrale ziekenhuisaansprakelijkheid en het verhalen van alle gerechtskosten op de verliezende partij. Sinds de wet op de patiëntenrechten van 2002 kan een ziekenhuis aansprakelijk worden gesteld voor de tekortkomingen begaan door de er werkzame beroepsbeoefenaars in verband met de eerbiediging van de rechten van de patiënt, bijvoorbeeld kwaliteitsvolle zorgverlening. Bij de start van het gerechtelijk jaar 2007-2008 trad de wet van 2007 betreffende de verhaalbaarheid van de erelonen en de kosten verbonden aan de bijstand van een advocaat in werking. Deze wet bracht belangrijke wijzigingen aan in het Gerechtelijk Wetboek. De rechtsplegingsvergoeding, een forfaitaire tegemoetkoming in de kosten en erelonen van de advocaat van de in het gelijk gestelde partij, werd gevoelig opgetrokken.¹¹⁶⁶ Het koninklijk besluit van 26 oktober 2007 legde basis-, minimum- en maximumbedragen vast van de rechtsplegingsvergoeding, afhankelijk van de omvang van de vordering.¹¹⁶⁷ Dit betekent concreet dat het verliezen van een gerechtelijke procedure tegen bijvoorbeeld het ziekenhuis, de gynaecoloog en de vroedvrouw, de patiënt(e) of zijn/haar erfgenamen financieel zuur kon opbreken, vermits deze zowel de gerechtskosten (zoals de kosten van het deskundigencollege) als drie (ziekenhuis, gynaecoloog, vroedvrouw) rechtsplegingsvergoedingen dienden te vereffenen. Dit laatste is wel in de veronderstelling dat drie verschillende advocaten de drie partijen vertegenwoordigden.

¹¹⁶⁶ Wet 21 april 2007 betreffende de verhaalbaarheid van de erelonen en de kosten verbonden aan de bijstand van een advocaat, *BS* 31 mei 2007, zie o.a. S. VOET, De rechtsplegingsvergoeding rechtgetrokken? in *CBR Jaarboek 2011-2012*, Antwerpen, 2012, 117-162.

¹¹⁶⁷ KB 26 oktober 2007 tot vaststelling van het tarief van de rechtsplegingsvergoeding bedoeld in artikel 1022 van het Gerechtelijk Wetboek en tot vaststelling van de datum van inwerkingtreding van de artikelen 1 tot 13 van de wet van 21 april 2007 betreffende de verhaalbaarheid van de erelonen en de kosten verbonden aan de bijstand van de advocaat, *BS* 9 november 2007.

605. De wet van 13 december 2006 wijzigde het KB nr. 78 (huidige Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen) grondig en zorgde voor een duidelijke afbakening tussen de handelingen die vallen onder de autonome bevoegdheid van de vroedvrouw en handelingen die zij mag stellen in een pathologische situatie onder de verantwoordelijkheid van een arts, zoals de opvang en de behandeling van vruchtbaarheidsproblemen, zwangerschappen en bevallingen met een verhoogd risico en pasgeborenen die in levensbedreigende of bijzondere ziektecondities verkeren.¹¹⁶⁸ Vanaf 1 januari 2007 is de appreciatiebevoegdheid van de rechter betreffende de juridische verhouding vroedvrouw-arts dus vrij beperkt. Bijgevolg zullen medische fouten begaan door de vroedvrouw in de assistentie bij risicosituaties vermoedelijk steeds de burgerlijke aansprakelijkheid van de arts met zich meebrengen, als ook de voorwaarden inzake schade en causaliteit vervuld zijn. Anderzijds kan niet gesteld worden dat het handelen onder de ‘vleugels’ van de arts een vrijgeleide moet zijn tot het zomaar uitvoeren van instructies. De vroedvrouw dient te allen tijde het algemeen zorgvuldigheidsprincipe te respecteren en een kritische visie bij het gevolgde beleid te behouden.

606. Vermoedelijk zal ook de *no-fault* wet van 2010 aanleiding geven tot een daling van het aantal procedures medische aansprakelijkheid, ook binnen de verloskunde. De opstart van de werkzaamheden van het Fonds voor Medische ongevallen is echter nog te recent om daarover een sluitende uitspraak te doen.

607. Het is duidelijk dat een goede afweging van kosten en slaagkansen een *conditio sine qua non* is voor een patiënt(e) of zijn/haar erfgenamen vóór het opstarten van een (burgerlijke) procedure. Enige terughoudendheid in het dagvaarden van verschillende partijen is sterk aan te raden. Vermoedelijk zal de vroedvrouw nog minder een procespartij zijn, vermits haar fouten tot de aanstellersaansprakelijkheid van de arts zullen leiden.

BESLUIT

608. In tegenstelling tot de 19^{de} eeuw was de vroedvrouw als procespartij in schadegevallen van de 20^{ste} eeuw eerder uitzonderlijk. Het ziekenhuis en/of de arts namen het voortouw. In bijna alle zaken betreffende de aansprakelijkheid van het ziekenhuis en/of van de arts speelde de vroedvrouw wel een actieve rol, maar dit resulteerde niet steeds in een rechterlijke beoordeling van het handelen van de vroedvrouw.

609. De strafrechtelijke vervolging van de vroedvrouw door het Openbaar Ministerie als dé norm in de 19^{de} eeuw deemsterde weg in de 20^{ste} eeuw. De burgerlijke vordering tot schadevergoeding won aan belang. Uit de rechtspraakanalyse bleek tevens dat de vervolging van bakkers voor onwettige uitoefening van de verloskunde en van de vroedvrouw voor overschrijding van bevoegdheid

¹¹⁶⁸ Wet 13 december 2006 houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid, BS 22 december 2006.

verleden tijd was.¹¹⁶⁹ In de 20^{ste} eeuw lag de focus op de beoordeling van het zorgvuldigheids criterium bij het verlenen van pre- peri- en postnatale zorg. De medicalisering van de verloskunde met meer pathologische bevallingen, onder meer door het stijgend gebruik van de epidurale anesthesie, deed het beroepsterrein van de vroedvrouw afnemen. Het aantal zaken waar de vroedvrouw autonoom en volledig zonder arts handelde was dan ook gering. Deze factor en de positie van de vroedvrouw in pathologische situaties (ondergeschikte van de arts) reduceren de kans op persoonlijke burgerlijke aansprakelijkheid voor de vroedvrouw. De aanstellersaansprakelijkheid van de arts (in België) en het ziekenhuis (in Nederland en Frankrijk) zullen ook in de toekomst primeren. Strafrechtelijk gezien blijft de vroedvrouw verantwoordelijk en aanspreekbaar voor haar eigen daden.

610. In twee op de drie zaken verklaarde de rechtbank de vordering van de ouder(s) gegrond. Dit is geen exhaustieve kwantitatieve studie, puur statistische besluiten trekken is uit den boze. Maar een dergelijke aansprakelijkheidsgraad stemt tot reflectie bij de betrokkenen, zoals de overheid, de zorgverleners, maar ook verzekeraars en juristen/advocaten.

611. Op basis van de conclusies van de rechtspraakanalyse kunnen actiepunten worden geformuleerd, met als doel de kans op een schadegeval en/of de aansprakelijkheid van de zorgverlener te reduceren. Onderstaande actiepunten laten zich samenvatten in het acroniem **‘CREATE LIFE’**:

‘Cardiotocography’ noodzaakt **‘LIFE**long learning’: De meest cruciale aanbeveling is het streven naar een hoge deskundigheid in het interpreteren van foetale monitoring. Bijscholing (*lifelong learning*) inzake foetale bewaking is een noodzakelijk goed voor elke vroedvrouw en gynaecoloog. Consequent met medische literatuur ligt immers het zwaartepunt van neonatale hersenschade bij de misinterpretatie van foetale monitoring.¹¹⁷⁰ In de normale verloskunde evalueert de vroedvrouw de noodzaak aan foetale monitoring, rekening houdend met de wil van de patiënte (alsook soms het ziekenhuisbeleid).¹¹⁷¹ Het bereiken van een goed signaal is belangrijk en kan de keuze van monitoring (uitwendig/inwendig) beïnvloeden.¹¹⁷²

¹¹⁶⁹ De rechtspraakanalyse leverde één zaak op, waarbij de echtgenote van een gynaecoloog veroordeeld werd voor onwettige uitoefening van de verloskunde wegens het geven van infosessies aan zwangere vrouwen; Grenoble 6 oktober 2000, partiële cassatie (enkel wat betreft de strafrechtelijke boete) door Cass. 23 oktober 2001, N° 01-81031.

¹¹⁷⁰ A. UGWUMADU, “Understanding cardiotocographic patterns associated with intrapartum fetal hypoxia and neurologic injury”, *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013, 509-536.

¹¹⁷¹ C. HINDLEY, S.W. HINSLIFF en A.M. THOMSON, “Pregnant women's views about choice of intrapartum monitoring of the fetal heart rate: a questionnaire survey”, *Int J Nurs Stud* 2008, 224-231; C. HINDLEY, S.W. HINSLIFF en A.M. THOMSON, “English midwives' views and experiences of intrapartum fetal heart rate monitoring in women at low obstetric risk: conflicts and compromises”, *J Midwifery Womens Health* 2006, 354-360.

¹¹⁷² J. REINHARD, B.R. HAYES-GILL, S. SCHIERMEIER, W. HATZMANN, E. HERRMANN, T.M. HEINRICH en F. LOUWEN, “Intrapartum signal quality with external fetal heart rate monitoring: a two way trial of external fetal heart rate monitoring: a two way trial of external Doppler CTG ultrasound and the abdominal fetal electrocardiogram”, *Arch of Gynecol Obstet* 2012, 1103-1107.

Medische interventies hangen af van de interpretatie van foetale monitoring.¹¹⁷³ Als gynaecoloog is het aangewezen de interpretatie van de vroedvrouw naar waarde te schatten, omdat bij foetale stress alleen een adequate interventie (verdere) schade kan voorkomen.¹¹⁷⁴ Het is ook belangrijk om in dezelfde terminologie (ontwikkelen en volgen van zorgrichtlijnen) te communiceren en om voldoende ruimte in het patiëntendossier te voorzien voor een gedetailleerde verslaggeving.

‘REcognize’ pathology: Bij de herkenning van pathologie moet de vroedvrouw de gynaecoloog meteen verwittigen. Complicaties zoals een uterusruptuur en een *abruptio placentae* vereisen een onmiddellijke interventie.¹¹⁷⁵ Deze pathologieën kennen zeer nefaste gevolgen. De foetale/neonatale en maternale morbiditeit is hoog.¹¹⁷⁶ Een uterusruptuur moet de waakzaamheid voorhogen, omdat dit het risico op een ruptuur verhoogt.¹¹⁷⁷ Bij elke pathologie is het bewaken van de patiënte en het nemen van maatregelen om verdere schade te voorkomen een must.

‘Act’: Na het vaststellen van een pathologie volgt de keuze van interventie. Het geniet de aanbeveling voor gynaecologen om goed de pro’s en contra’s af te wegen vooraleer tot een instrumentale bevalling over te gaan. Het juiste instrument kiezen met de meeste slaagkansen zal een uitdaging blijven.¹¹⁷⁸ Bewust zijn van de risico’s op neonatale en maternale letsels is noodzakelijk.¹¹⁷⁹ Het is aangewezen het risico op een *failed instrumental delivery* in te

¹¹⁷³ D.DEVANE en J.G. LALOR, “A randomised-controlled trial evaluating a fetal monitoring education programme”, *Midwifery* 2006, 296-307.

¹¹⁷⁴ G. BOGDANOVIC, A. BABOVIC, M. RIZVANOVIC, D. LJUCA, G. GRGIC en J. DJURANOVIC-MILICIC, “Cardiotocography in the prognosis of perinatal outcome”, *Med Arch* 2014, 102-105.

¹¹⁷⁵ A. GUPTA en S. NANDA, “Uterine rupture in pregnancy: a five-year study”, *Arch Gynecol Obstet* 2011, 437-441.

¹¹⁷⁶ T. BOISRAME, N. SANANÈS, G. FRIT, E. BOUDIER, G. AISSI, R. FAVRE en B. LANGER, “Placental abruption: risk factors, management and maternal-fetal prognosis. Cohort study over 10 years”, *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014, 100-104; D.A. ELSASSERA, C.V. ANANTHA, V. PRASADB en A.M. VINTZILEOSC, “Diagnosis of placental abruption: relationship between clinical and histopathological findings”, *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010, 125-130.

¹¹⁷⁷ M. GUILIANO, E. CLOSSET, D. THERBY, F. LEGOUEFF, P. DERUELLE en D. SUBTIL, “Signs, symptoms and complications of complete and partial uterine ruptures during pregnancy and delivery”, *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014, 130-134; H. T. NGUYEN-XUAN, R. LOUSQUY en E. BARRANGER, “Diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy”, *Gynecol Obstet Fertil* 2014, 483-499; D. RONEL, A. WIZNITZER, R. SERGIENKO, A. ZLOTNIK en E. SHEINER, “Trends, risk factors and pregnancy outcome in women with uterine rupture”, *Arch Gynecol Obstet* 2012, 317-321.

¹¹⁷⁸ S. SHEKHAR, N. RANA en R.S. JASWAL, “A prospective randomized study comparing maternal and fetal effects of forceps delivery and vacuum extraction”, *J Obstet Gynaecol India* 2013, 116-119; S. LURIE, M. GLEZERMAN, C. BAIDER en O. SADAN, “Decision-to-delivery interval for instrumental vaginal deliveries: vacuum extraction versus forceps”, *Arch Gynecol Obstet* 2006, 34-36.

¹¹⁷⁹ R. KERIAKOS, S. SUGUMAR en N. HILAL, “Instrumental vaginal delivery--back to basics”, *J Obstet Gynaecol* 2013, 781-786; M.P. HEHIR, F.R. REIDY, M.N. WILKINSON MN en R. MAHONY, “Increasing rates of operative vaginal delivery across two decades: accompanying outcomes and instrument preferences”, *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2013, 40-43.

calculeren.¹¹⁸⁰ Belangrijk voor het slagen van een medische interventie is de interne organisatie en communicatie binnen het ziekenhuis (optimaal wacht- en doorverwijssysteem).

‘**TE**amwork’: Het laatste actiepunt betreft het bieden van kwalitatieve zorgverlening in team.¹¹⁸¹ Het (interdisciplinair) samenwerken is voor het vermijden van schadegevallen en/of aansprakelijkheid van een niet te onderschatten waarde. Instructies gebaseerd op foute of onvolledige informatie zijn te vermijden. Het opvolgen van instructies zonder enige kritische visie snijdt ook geen hout. Samen overgaan tot evaluatie, desgevallend her-evaluatie in het belang van moeder en kind geniet de voorkeur. Een zorgvuldige zorgverlener bekijkt ‘interventie na interventie en overmedicalisering’ met een kritisch oog.¹¹⁸²

¹¹⁸⁰ F. O'MAHONY, G.J. HOFMEYR en V. MENON, “Choice of instruments for assisted vaginal delivery”, *CDSR* 2010, CD005455.

¹¹⁸¹ J. SHAMIAN, “Interprofessional collaboration, the only way to save every woman and every child”, *The Lancet* 2014, afl. 9948, e41-e42; W. STONES en S. ARULKUMARAN, “Health-care professionals in midwifery care”, *The Lancet* 2014, afl. 9949, 1169-1170.

¹¹⁸² M.J. RENFREW, A. MCFADDEN, M.H. BASTOS, J. CAMPBELL, A.A. CHANNON, N.F. CHEUNG, D.R. AUDEBERT DELAGE SILVA, S. DOWNE, H.P. KENNEDY, A. MALATA, F. MCCORMICK, L. WICK en E. DECLERCQ, “Midwifery and quality care: findings from a new evidence informed framework for maternal and newborn care”, *The Lancet* 2014, afl. 9948, 1129-1145.

Hoofdstuk IV: De deontologie van de vroedvrouw

612. Volgens artikel 41 van de Europese richtlijn nr. 2005/36/EG waarborgt de opleiding tot vroedvrouw dat de student(e) voldoende kennis heeft verworven van de beroepsethiek en de beroepswetgeving. Dit hoofdstuk belicht de kerngedachten van de deontologie van de vroedvrouw (zie IV.1) en zoekt in op de gevolgen van een schending van de gedragsregels door een orde, waarbij het tuchtrecht toepassing vindt (zie IV.2). Hierbij wordt ingegaan op de functie en de werking van de bestaande Ordes van vroedvrouwen

613. De (meer)waarde van een plichtenleer voor en een orde van vroedvrouwen is het onderwerp van de derde onderzoeksvraag. Geniet de ontwikkeling van deontologische regels en de oprichting van een Belgische orde van vroedvrouwen de aanbeveling, desgevallend naar Frans of Nederlands model? De vraag rijst of een orde van vroedvrouwen, die een schending van een deontologische code kan sanctioneren, de zorgvuldigheid van de professionele vroedvrouw ten bate kan zijn. Wat zijn met andere woorden de *pro*'s en de *contra*'s van een tuchtrekime voor de vroedvrouw?

IV.1. DEONTOLOGISCHE REGELS

IV.1.1. De Belgische situatie

614. R. Van Lennep (1963) definieerde tuchtrecht als “het geheel van dwingende regelen dat zekere gedragingen beheerst van de leden van een gemeenschap in functie van het gestelde doel of van de gemeenschappelijke taak of opdracht en de beteugeling regelt van de miskenning van de verplichtingen aan de leden in die hoedanigheid opgelegd.”¹¹⁸³ ‘Deontologie’ is een breed begrip, maar houdt in essentie de gedragsregels in waaraan de uitoefenaar van een beroep in relaties met patiënten/cliënten en collega’s zich behoort te houden, zoals de arts, de apotheker en de advocaat. Het bestaan van deontologische regels veronderstelt niet noodzakelijk het wettelijk erkend bestaan van een orde. Een ‘orde’ (naar het voorbeeld van de Ordes van artsen, architecten en advocaten) vergemakkelijkt echter wel het formuleren en vooral het controleren en eventueel afdwingen van de deontologische regels. G. Londers is de mening toegedaan dat er geen sprake meer is van een ‘Siamese tweeling’. De nauwe banden tussen deontologie en tuchtrecht worden losser. Niettemin is er nog steeds een onmiskenbare functionele band. Deontologische regels moeten het algemeen belang dienen, terwijl tuchtrecht een subsidiair karakter krijgt en ernstige inbreuken een halt toeroept.¹¹⁸⁴ Prof. K. Geens verwoordt deze wisselwerking mooi in zijn definitie van deontologie: “Deontologie noemen we de regels die de dienstverstrekker toelaten zo weinig als redelijk rekening

¹¹⁸³ B. QUINTELIER, *Een (rechts)geschiedenis van de Belgische advocatuur (1795-2006), met nadruk op het tuchtrecht, toegelicht aan de hand van de Antwerpse casus*, onuit. doctoraat Rechten Universiteit Gent, 2013, 162-164.

¹¹⁸⁴ G. LONDERS, “Algemene inleiding – De deontologie van de magistraat. Een inleiding tot de discussie” in *Naar een positieve deontologie*, Brussel, Bruylant, 2009, 1-4.

te houden met zijn eigen belang, en het evenwicht te vinden tussen loyauteit t.a.v. de cliënt en verantwoordelijkheidszin t.a.v. derden en de maatschappij”.¹¹⁸⁵

615. Wettelijke bepalingen, zoals in het Strafwetboek, zijn juridisch afdwingbaar voor de rechtbank. Sommige regels worden beschouwd als (materiële) wetten, in de zin van artikel 608 Ger. W. De regelgevende bevoegdheid van de Orde van advocaten bijvoorbeeld betreffende de “inbreuken op de eer van de Orde en op de beginselen van waardigheid, rechtschapenheid en kiesheid” zit vervat in artikel 456 Ger. W. Andere deontologische regels vereisen een koninklijk besluit, dat bindende kracht verleent. De regels vervat in de Code van Geneeskundige Plichtenleer van de artsen bijvoorbeeld, hebben geen bindende kracht, bij gebrek aan koninklijk besluit. De Code is voor de Orde van Artsen echter niet zonder betekenis. In tuchtrechtelijke beslissingen mag de Orde steeds naar de verschillende regels verwijzen of eruit citeren. Uit specifieke rechtspraak van het Hof van Cassatie van 29 april 1983 en 2 december 1993 blijkt in elk geval dat de deontologische regels op zich als een bron van ‘autonoom recht’ beschouwd mogen worden en dus mogen worden toegepast.¹¹⁸⁶ De bevoegdheid van de Orde van Artsen is ook ruimer dan enkel de naleving van de regels, vervat in de Code, te bewaken.¹¹⁸⁷

616. De Belgische vroedvrouwen hebben in tegenstelling tot de artsen en apothekers geen eigen deontologische code. In het beroeps- en competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw (2016), onderstreept de FRVV wel de verschillende functies en competenties van de vroedvrouw. Naast enkele puur medische functies zoals ‘bewaker van de fysiologie’ en ‘evaluator van risicosituaties’ is de vroedvrouw ook ‘bewaker van het juridisch kader en de deontologische code’ (competentie 7). Dit betekent concreet dat de vroedvrouw: “handelt op ethisch verantwoorde wijze binnen de grenzen van de deontologie en wetgeving, met inbegrip van het beroepsgeheim”. Dit impliceert dat ze:

- handelt volgens de juridische en deontologische normen en regels betreffende de uitoefening van het beroep;
- het welzijn van moeder en kind verdedigt met eerbiediging van hun rechten;
- handelt en reflecteert vanuit een ethisch referentiekader en advies en ondersteuning geeft bij het nemen van ethische beslissingen.¹¹⁸⁸

¹¹⁸⁵ K. GEENS, “Vrij beroep en medediging: deontologie is een remedie tegen, tucht dikwijls een gevolg van markfalen”, *TPR* 2004, 290.

¹¹⁸⁶ Cass. 29 april 1983, *Vl.T.Gez.* 1983-84, 226; Cass. 2 december 1993, *RW* 1994-95, 99.

¹¹⁸⁷ R. VAN GOETHEM, “De Orde van geneesheren” in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek voor Gezondheidsrecht* Volume I, Antwerpen, Intersentia, 2014, (535) 552-553.

¹¹⁸⁸ FRVV/2016/ADVIES-1, *Het beroeps- en competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw* (bijlage bij het Advies van de Federale Raad voor de Vroedvrouwen met betrekking tot de hervorming van de Wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen), maart 2016, update van FRVV/2015/Advies-4, *Het beroeps- en competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw*, mei 2015, 21-22, vervanging van NRVV/Advies 2006, *Beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw*, december 2006.

617. Competentie 7 in het beroepsprofiel is geïnspireerd op de *International Code of Ethics for Midwives* (2014) van de ICM.¹¹⁸⁹ Deze gedragsregels refereren naar de relaties van vroedvrouwen met andere zorgverleners, hun dagelijkse beroepsuitoefening en hun professionele verantwoordelijkheden. De code beoogt vooral de integriteit van het beroep te bewaken en bevat verschillende topics:

- I. *Midwifery relationships*: impliceert onder meer het onderhouden van een vertrouwensrelatie met de patiënte, het bieden van steun aan de patiënte in de uitoefening van haar rechten in de zorgverlening, het doorverwijzen bij overschrijding van de eigen expertise en het centraal stellen van *empowerment* bij zwangere vrouwen;
- II. *Practice of midwifery*: veronderstelt onder meer het respect hebben voor patiënten en hun culturele diversiteit, zonder enige vorm van discriminatie, het *evidence-based* werken en het tegemoet komen aan de psychologische en spirituele noden van de patiënte;
- III. *The professional responsibilities of midwives*: omvatten het respecteren van het beroepsgeheim, het bewust zijn van de mogelijkheid om zich te beroepen op gewetensbezwaren (bijvoorbeeld bij abortus) en het alert zijn voor een schending van de mensenrechten van zwangere vrouwen;
- IV. *Advancement of midwifery knowledge and practice*: omvat het opleiden van studenten, het integreren van wetenschappelijk onderzoek en het verbeteren van de professionele activiteiten.¹¹⁹⁰

618. Deze deontologische regels hebben geen bindend karakter, enige controle op de handhaving ervan van een overheidsorgaan of een beroepsorganisatie bestaat niet. Dit zit echter wel in de pijplijn.¹¹⁹¹

¹¹⁸⁹ Zie randnr. 10; De Belgian Midwives Association (www.belgianmidwivesassociation.be), de koepelorganisatie van de Vlaamse en de 2 Waalse beroepsorganisaties van vroedvrouwen, is lid van de ICM. In de FRVV zitten onder meer afgevaardigden van deze 3 beroepsorganisaties.

¹¹⁹⁰ ICM, *International Code of Ethics for Midwives*, 2008, update in 2014, http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf.

¹¹⁹¹ Zie hoofdstuk IV.2.1.A.5.

IV.1.2. De Nederlandse gedragscode van de KNOV

“Ik zweer/beloof dat ik de verloskunst zo goed als ik kan
zal uitoefenen ten dienste van mijn medemens.
Ik stel het belang van de cliënt voorop en eerbiedig haar opvattingen.
Ik zal aan de cliënt geen schade doen.
Ik luister en zal haar goed inlichten.
Ik zal geheim houden wat mij is toevertrouwd.
Ik zal de verloskundige kennis van mijzelf en anderen bevorderen.
Ik erken de grenzen van mijn mogelijkheden.
Ik zal mij open en toetsbaar opstellen, en ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving.
Ik zal de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen.
Ik maak geen misbruik van mijn verloskundige kennis, ook niet onder druk.
Ik zal zo het beroep van verloskundige in ere houden.
Dat beloof ik,
of
Zo waarlijk helpe mij God almachtig.”

619. Naar analogie van de artsen nam de KNOV de eed van Hippocrates (zie *supra*) op in haar beroepscode (2009) voor verloskundigen. Deze code bevat gedragsregels die betrekking hebben op de relatie tussen de verloskundige en patiënten en collega-zorgverleners.¹¹⁹² Inspiratiebronnen voor deze code waren de ‘Regels van ethiek voor verloskundigen’ (KNOV, 1987), de *International Code of Ethics for Midwives* (ICM, 2008) en de ‘Gedragsregels voor Artsen’ van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG, 2002).

620. Aan de regels voor een professionele samenwerking met collega-zorgverleners hecht de KNOV veel belang. Het respecteren van ieders eigen deskundigheid en het adequaat doorverwijzen met correcte informatie, maar met respect voor het beroepsgeheim staan centraal. Opvallend is de bepaling over het bekritisieren van collega’s: “Kritiek ten aanzien van collegae en andere zorgverleners bespreekt zij primair met de betrokkene(n) zelf. Zij onthoudt zich van het in het openbaar of ten overstaan van cliënten uiten van kritiek en stelt zich terughoudend op indien zij zulke kritiek verneemt. Zij stimuleert haar cliënten kritiek zelf met de betrokkene te bespreken.”

621. De code focust ook op het belang van de opbouw van een vertrouwensrelatie tussen de verloskundige en haar patiënte.

¹¹⁹² KNOV, *Beroepscode van verloskundigen*, 2009, http://www.knov.nl/fms/file/knov.nl/knov_downloads/1801/file/KNOV_Beroepscode_van_Verloskundigen_2009.pdf?download_category=overig

622. Ingevolge artikel 47, lid 1 BIG-wet zijn er voor alle BIG-geregistreerde zorgverleners (dus ook de verloskundige) twee algemene deontologische normen afdwingbaar:

“a. enig handelen of nalaten in strijd met de zorg die hij in die hoedanigheid behoort te betrachten ten opzichte van:

1°. degene, met betrekking tot wiens gezondheidstoestand hij bijstand verleent of zijn bijstand is ingeroepen;

2°. degene die, in nood verkerende, bijstand met betrekking tot zijn gezondheidstoestand behoeft;

3°. de naaste betrekkingen van de onder 1° en 2° bedoelde personen;

b. enig ander dan onder a bedoeld handelen of nalaten in die hoedanigheid in strijd met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg”.

623. De regels beklemtonen de essentie van ‘verantwoorde zorg’ en ‘zorg van een goede hulpverlener’.¹¹⁹³ De tuchtrechter kan de specifieke beroepscode mee in overweging nemen wanneer het handelen van een verloskundige aan de wet getoetst moet worden.¹¹⁹⁴

IV.1.3. De *Code de déontologie des sages-femmes*

624. Gelijktijdig met de Orde van artsen en tandartsen vond in 1945 de installatie van de *Ordre des sages-femmes* plaats.¹¹⁹⁵ Midden 1949 stelde de *Conseil National de l'Ordre des sage-femmes* (CNOSF) een deontologische code op.¹¹⁹⁶ In functie van de verdere professionalisering van het beroep onderging de code verschillende updates.¹¹⁹⁷

625. De code is bindend, gedetailleerd (67 artikels) en opgedeeld in zes soorten van deontologische plichten:

- Algemeen (*devoirs généraux des sages-femmes*): de vereiste opleiding volgen, geen discriminatie in het beleid, keuzes van vrouwen respecteren, geen producten of fabrikanten favoriseren, de veiligheid van de patiënten garanderen en geen commerciële activiteiten voeren;

¹¹⁹³ E. DE GROOT, *Een effectief tuchtrecht voor gezondheidszorgberoepen*, Gent, Larcier, 2013, 310. (hierna: E. DE GROOT, *Een effectief tuchtrecht voor gezondheidszorgberoepen*).

¹¹⁹⁴ Zie verder hoofdstuk IV.2.2.B.

¹¹⁹⁵ Art. L369 Ordonnance n°45-2184 24 septembre 1945 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme, *JO* 28 september 1945.

¹¹⁹⁶ Décret n°49-1351 30 septembre 1949 de déontologie des sages-femmes en application de l'art. 66 de l'ordonnance 45-2184 du 24-09-1945, *JO* 5 oktober 1949, hierna *Code de déontologie*, vervangen door het decreet van 8 augustus 1991 en door het decreet van 29 juli 2004, geïncorporeerd in de *Code de la santé publique* (artikelen R.4127-301 tot R.4127-367).

¹¹⁹⁷ Zie voor de geschiedenis van de *Code de déontologie*: [http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/2/exercice_de_la_profession/deontologie_et_responsabilite/le_code_de_deontologie /in dex.htm](http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/2/exercice_de_la_profession/deontologie_et_responsabilite/le_code_de_deontologie/in dex.htm); Zie hoofdstuk II.6.2 tot II.6.3.

- In haar relatie met patiënten (*devoirs envers les patientes et les nouveau-nés*): een goede houding aannemen, de waardigheid van de patiënten respecteren, heldere voorschriften afleveren en zich behoeden voor inmenging in familiale discussies;
- In haar professionele activiteit (*règles particulières aux différents modes d'exercice*): de regelgeving respecteren betreffende het aanrekenen van honoraria, professionele onafhankelijkheid garanderen en de onafhankelijkheid waarborgen in expertiseopdrachten;
- In haar relatie met andere vroedvrouwen (*confraternité*): verzoening opzoeken, geen confrontatie en opkomen voor elkaar;
- In haar relatie met collega-zorgverleners (*devoirs vis-à-vis des membres des autres professions de santé*): doorverwijzen bij overschrijding van expertise en de onafhankelijkheid van ieders beroep respecteren;
- Administratie (*dispositions diverses*): inschrijven bij de Orde en aftekenen voor een kennisname van de gedragsregels.

626. Veel verplichtingen zijn gelijkaardig aan de bepalingen in de codes van de ICM en de KNOV, maar de Franse Code is progressiever. Ook de rol als experte in gerechtelijke procedures, het correct factureren en het correct voorschrijven van medicatie komen bijvoorbeeld aan bod.

IV.2. FUNCTIE/WERKING VAN EEN ORDE VAN VROEDVROUWEN

IV.2.1. De Belgische situatie

627. Een orde van vroedvrouwen *an sich* bestaat momenteel niet. Wetgevende initiatieven (zie A) bleven voorlopig zonder gevolg. Ressortierend onder de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu functioneren wel de provinciale geneeskundige commissies (zie B), die een bepaald sanctieregime hebben naar de beroepsuitoefening van de vroedvrouw toe, de Federale Raad voor de Vroedvrouwen (als adviesorgaan, zie C) en de Erkenningcommissie (zie D).

A. Wetgevende initiatieven tot oprichting van een tuchtorgaan

A.1. Voorontwerp van 1971

628. De installatie van een Orde van vroedvrouwen is het voorwerp geweest van een lange discussie, zonder enig resultaat. Uit de archieven van het NVKVV, blijkt dat al in april 1971 een ‘voorontwerp tot het oprichten van de orden van vroedvrouwen’, door Gabriel Scrève (advocaat balie Brussel) te zijn overgemaakt aan minister van Volksgezondheid, Louis Namèche. Over het nut van een orde was er geen betwisting: “Slechts een Orde houdt het evenwicht tussen enerzijds de persoonlijke vrijheid tegenover elke willekeur, en anderzijds de noodzakelijke beroepstucht verbonden aan de waarborg van bekwaamheid”.¹¹⁹⁸ Het coördinatiecomité van de Belgische vroedvrouwen¹¹⁹⁹ en het NVKVV hadden de tekst geschreven.

629. Na een inleidend deel met een verwijzing naar het wettelijk kader van de beroepsuitoefening van de vroedvrouw bevatte het ontwerp de volgende rubrieken: de algemene organisatie, de orde (per taalgemeenschap), de hoge raden (beroepsorgaan, ook per taalgemeenschap), een nationale raad (overkoepelend over de twee orden), de tuchtsancties, de rechtspleging en middelen van verhaal en ten slotte enkele algemene bepalingen. De mogelijke tuchtsancties waren een waarschuwing, een berisping, een schorsing van hoogstens twee jaren en de definitieve schrapping van de lijst. De orde zou de inschrijving op de lijst regelen, voorwaarden opleggen voor de beroepsuitoefening aan vroedvrouwen wiens fysieke of geestelijke toestand een gevaar kon zijn voor patiënten, waken over de eerbiediging van de deontologische voorschriften (oordelen over tuchtklachten), adviezen formuleren en geschillen over facturatie van prestaties beslechten.

¹¹⁹⁸ Voorontwerp tot het oprichten van de orden van vroedvrouwen, KADOC Leuven, Archief NVKVV, doos 83 werkgroep vroedvrouwen.

¹¹⁹⁹ Bestaande uit de beroepsvereniging van de vroedvrouwen van Antwerpen, de *Union Professionnelle des Accoucheuses Belges* (UPAB) en de *Association Catholique du Nursing, section accoucheuses* (ACN).

630. De tuchtprocedure bood de nodige rechten van verdediging, zoals bijstand van een advocaat, het tegensprekelijk karakter van de rechtspleging (schriftelijk woord en wederwoord, zonder evenwel een hoorzitting), de mogelijkheid tot wraking, de mogelijkheid tot het instellen van hoger beroep (schorsende werking), ook verzet (bij een beslissing bij verstek) en ten slotte een voorziening bij het Hof van Cassatie.

631. Dit document leidde niet tot een wetsontwerp- of voorstel. Pas midden jaren '80 debatteerde de werkgroep vroedvrouwen binnen het NVKVV opnieuw over de ontwikkeling van een code en/of orde. Uit drie verslagen van eind 1985-begin 1986 van de werkgroep vroedvrouwen blijkt dat vooral het communautaire aspect voor de nodige hindernissen zorgde:

- “Varia 3.5 Deontologische code voor vroedvrouwen:
 - de Franstaligen vragen of wij al dan niet akkoord gaan met die code of dat er iets moet veranderd worden, zodat het in voege kan treden
 - maar eerst zou die tekst moeten vertaald worden: kan de juridische dienst dat doen?”¹²⁰⁰
- “Varia 2.3. Deontologische code: voorstel om eerst een degelijke Nederlandse vertaling te vragen aan iemand van de juridische adviesgroep, alvorens verdere besprekingen te doen”¹²⁰¹
- “Varia 4: deontologische code: het vertalen van de Franse tekst wordt gevraagd aan de heer Peeters”¹²⁰².

632. Er kwam echter geen vertaling. In een verslag van juni 1986 van de werkgroep stond onder punt 7 ‘deontologische code’ vermeld: “De Franstaligen hebben ons nu hun definitieve deontologische code opgezonden. Dr. G.J. Huygebaert verwees echter naar 2 dingen 1) enkele jaren terug hebben we gevraagd om een orde voor vroedvrouwen; dit wilden de Franstaligen niet 2) je kunt echter geen code hebben zonder orde; zoals je geen wetten hebt zonder rechter!”.¹²⁰³ In het verslag van 8 januari 1987 stond: “orde van vroedvrouwen, deontologische code, ivm hiermee vinden we een basisdiscussie noodzakelijk: wat houdt dit in? Is dit wel zo wenselijk? Heeft een code zonder tuchtorgaan wel zin? Voorstel dit wordt besproken in de subgroep deontologie”.¹²⁰⁴

633. In april 1987 kon het opeens niet vlug genoeg gaan en lag de focus op de voordelen van een code. In een verslag van april 1987 van de werkgroep stond volgend voorstel, na overleg met de ACN: “vlug klaarmaken en goedkeuren van deontologische code, doel a.bescherming en herwaardering van beroep van vroedvrouw b.overlegmogelijkheid op nationaal vlak”.¹²⁰⁵

¹²⁰⁰ Verslag vergadering 10 december 1985, KADOC Leuven, Archief NVKVV, doos 84 werkgroep vroedvrouwen.

¹²⁰¹ Verslag vergadering 12 december 1985, KADOC Leuven, Archief NVKVV, doos 84 werkgroep vroedvrouwen.

¹²⁰² Verslag vergadering 7 januari 1986, KADOC Leuven, Archief NVKVV, doos 84 werkgroep vroedvrouwen.

¹²⁰³ Verslag vergadering 13 juni 1986, KADOC Leuven, Archief NVKVV, doos 84 werkgroep vroedvrouwen.

¹²⁰⁴ Verslag vergadering 8 januari 1987, KADOC Leuven, Archief NVKVV, doos 85 werkgroep vroedvrouwen.

¹²⁰⁵ Verslag vergadering 2 april 1987, KADOC Leuven, Archief NVKVV, doos 85 werkgroep vroedvrouwen.

634. Een code, noch een orde kwam van de grond. Uit een verslag van oktober 1987 van de werkgroep bleek dit nog toekomstmuziek te zijn: “toekomstige gespreksthema’s: deontologische code opstellen en orde van vroedvrouwen oprichten om beroep te beschermen”.¹²⁰⁶

635. De discussies over een code en/of een orde doofden uit. Na een onderhoud in het voorjaar van 1994 tussen het overlegcomité van de Belgische vroedvrouwen en Jacques Santkin, federaal minister voor Volksgezondheid, Milieu en Integratie binnen de regering Dehaene, verdween het idee helemaal van de kaart: “Er werd ook bevestigd dat er geen Orde voor Vroedvrouwen komt, omdat er teveel problemen zijn met andere Orden”.¹²⁰⁷

636. Tot op heden zijn geen initiatieven meer ondernomen tot de oprichting van een specifieke orde van vroedvrouwen of de redactie van een deontologische code. In het begin van de 21^{ste} eeuw zijn wel voorstellen gedaan, naar analogie van het Nederlandse model, van een algemeen tuchtorgaan voor de verschillende gezondheidszorgbeoefenaars.

A.2. Voorstel(len) tot oprichting van een Hoge Raad voor gezondheidsethiek en deontologie

637. In 1988 kwam het wetsvoorstel tot de oprichting van een ‘Hoge Raad voor gezondheidsethiek en deontologie’.¹²⁰⁸ Het idee werd opnieuw opgepikt begin de jaren ’90. In de debatten inzake de oprichting van een publiekrechtelijk adviesorgaan (zonder enige tuchtbevoegdheid) betreffende het ethisch en deontologisch aspect van het medisch handelen, werden de bezwaren van in het interbellum tegen de bestaande Orde van artsen opnieuw in de verf gezet. Verschillende parlamentsleden hadden immers tijdens de parlementaire discussies in 1932 gewezen op het gevaar van syndicale overheersing binnen de (toekomstige) Orde en op de mogelijke afbuiging van deontologie in de richting van belangenverdediging. De bevoegdheden van de ‘Hoge Raad voor gezondheidsethiek en deontologie’ zouden enkel van adviserende aard zijn. Zonder de tussenkomst van de wetgever konden immers geen (juridisch) bindende normen inzake ethiek en plichtenleer in de gezondheidszorg worden uitgevaardigd. De tuchtbevoegdheid van de bestaande Orde van Artsen en Orde van apothekers zou verdwijnen en tuchtmisdrijven zouden strafrechtelijke misdrijven worden. De bevoegdheid van de provinciale geneeskundige commissies zou behouden blijven.¹²⁰⁹ De idee bleef sluimeren en ook in 2003 werd een wetsvoorstel ingediend, maar opnieuw zonder succes.¹²¹⁰

¹²⁰⁶ Verslag vergadering 8 oktober 1987, KADOC Leuven, Archief NVKVV, doos 85 werkgroep vroedvrouwen.

¹²⁰⁷ Verslag vergadering 6 juli 1994, KADOC Leuven, Archief NVKVV, doos 287 overlegcomité Vlaamse vroedvrouw.

¹²⁰⁸ Wetsvoorstel (Hancké, SP) tot oprichting van een Hoge raad voor gezondheidsethiek en deontologie, *Parl. St. Kamer* 1988, nr. 47K0379/001; Het wetsvoorstel werd vervallen verklaard op 18 oktober 1991.

¹²⁰⁹ Wetsvoorstel (Hancké, SP) tot oprichting van een Hoge raad voor gezondheidsethiek en deontologie, *Parl. St. Kamer* 1992-93, nr. 48K0802/001; Het wetsvoorstel werd vervallen verklaard op 21 mei 1995.

¹²¹⁰ Wetsvoorstel (De Meyer e.a., sp.a-spirit) tot oprichting van een Hoge raad voor gezondheidsethiek en deontologie, *Parl. St. Kamer* 2003, nr. 51K0187/001; Het wetsvoorstel werd vervallen verklaard op 2 mei 2007.

A.3. Voorstel(len) tot oprichting van een Hoge Raad en Orden van de gezondheidszorgberoepen

638. Het gedachtengoed van een Hoge Raad hield stand, maar dan wel vergezeld van een herstructurering van de bestaande tuchtorganen. Na consensus in de Senaat werd in februari 2007 een wetsontwerp ingediend bij de Kamer tot oprichting van een ‘Hoge Raad voor Deontologie van de gezondheidszorgberoepen en tot vaststelling van de algemene beginselen voor de oprichting en de werking van de Orden van de gezondheidszorgberoepen’. Dit ontwerp zou ook de oprichting van een orde voor vroedvrouwen mogelijk maken. Er zouden een Nationale Raad en provinciale raden zijn (naar het huidige model van de Orde van Artsen) en de volgende bevoegdheden waren voorzien: controleren van de inschrijving op de lijst, de oplegging van voorwaarden indien de fysieke of geestelijke toestand de zorgvuldige beroepsuitoefening belemmert, het beslechten van betwistingen inzake honoraria en het opleggen van tuchtsancties.¹²¹¹

639. In de Hoge Raad voor deontologie zouden alle gezondheidszorgbeoefenaars uit het (oude) KB nr. 78 vertegenwoordigd zijn en de voornaamste opdracht van de Raad was de grondbeginselen van een deontologie vaststellen, gemeenschappelijk voor het geheel van de gezondheidszorgberoepen of meerdere categorieën ervan en van de beoefenaars waarvoor geen orde werd opgericht.

640. Vooral de definitie van het begrip deontologie lokte meteen lange discussies uit, hetgeen meteen de slaagkansen van het ontwerp reduceerde. Volgens die definitie, bepaald in artikel 3, moest de code bijdragen tot “een sociaal aanvaardbare en kwalitatief hoogstaande beroepsuitoefening in het belang van de patiënt en rekening houdend met de middelen die door de gemeenschap ter beschikking zijn gesteld van de gezondheidzorg”. Qua tuchtorganen behoorde de installatie van een Raad van eerste aanleg en een Raad van beroep tot de mogelijkheden. Dit wetsontwerp kende geen gevolg door de ontbinding van de Kamers.

641. Op 11 oktober 2012 dienden M. Temmerman en B. Anciaux van de sp.a een wetsvoorstel in tot oprichting van een ‘Hoge Raad voor deontologie van de gezondheidszorgberoepen en tot vaststelling van de algemene beginselen voor de oprichting en de werking van de Orden van de gezondheidsberoepen’.¹²¹² Nog geen maand later dienden twee partijgenoten hetzelfde wetsvoorstel

¹²¹¹ Wetsvoorstel (Vankrunkelsven, VLD en Van de Casteele, VLD) tot oprichting van een Hoge Raad voor Deontologie van de Gezondheidszorgberoepen en tot vaststelling van de algemene beginselen voor de oprichting en de werking van de Orden van de gezondheidszorgberoepen, *Parl. St.* Senaat 2006-07, nr. 3-1519; Wetsontwerp tot oprichting van een Hoge Raad voor Deontologie van de gezondheidszorgberoepen en tot vaststelling van de algemene beginselen voor de oprichting en de werking van de Orden van de gezondheidszorgberoepen, *Parl. St.* Kamer 2006-07, nr. 51K2887/001; Het wetsontwerp werd vervallen verklaard op 2 mei 2007.

¹²¹² Wetsvoorstel tot oprichting van een Hoge Raad voor deontologie van de gezondheidszorgberoepen en tot vaststelling van de algemene beginselen voor de oprichting en de werking van de Orden van de gezondheidsberoepen, *Parl. St.* Senaat 2012-13, nr. 5-1803/1.

in bij de Kamer.¹²¹³ Deze wetsvoorstellen lagen *grosso modo* in het verlengde van de vorige initiatieven. Uitgangspunt was opnieuw de jarenlange kritiek op de Orde der Geneesheren (opgericht in 1938 en in 2015 gewijzigd naar Orde van Artsen) en de Orde van apothekers (opgericht in 1949), zowel buiten als binnen het artsencorps. De voornaamste krachtlijnen van deze wetsvoorstellen waren: 1) een wettelijke grondslag voor de deontologische regels, 2) het ‘democratiseren’ van de Hoge Raad door ook ethici en juristen als leden te betrekken, 3) het beogen van meer uniforme tuchtrechtspraak, 4) het garanderen van transparantie van de tuchtbeslissingen door ze op te nemen in jaarverslagen en 5) het verfijnen van de rechten van de betrokken partijen. Innovatief was ook de mogelijkheid van het opleggen van onbezoldigd gemeenschapswerk of een administratieve geldboete als tuchtsanctie.

642. Op 6 december 2012 dienden Muriel Gerkens en Meyrem Almaci van Ecolo-Groen een wetsvoorstel in tot oprichting van een ‘Hoge Raad voor Beroepsethiek van de Gezondheidszorgberoepen en tot vaststelling van de algemene beginselen voor de oprichting en de werking van de orden van de gezondheidszorgberoepen, alsook tot oprichting van een Orde van geneesheren.¹²¹⁴ Dit wetsvoorstel kende navolging in de huidige legislatuur.

¹²¹³ Wetsvoorstel (M. Detiège en H.Bonte, sp.a) tot oprichting van een Hoge Raad voor deontologie van de gezondheidszorgberoepen en tot vaststelling van de algemene beginselen voor de oprichting en de werking van de Orden van de gezondheidsberoepen, *Parl. St.* Kamer 2012-13, nr. 53K2481/001. Het wetsvoorstel werd vervallen verklaard op 28 april 2014.

¹²¹⁴ Wetsvoorstel in tot oprichting van een Hoge Raad voor Beroepsethiek van de Gezondheidszorgberoepen en tot vaststelling van de algemene beginselen voor de oprichting en de werking van de ordes van de gezondheidszorgberoepen, alsook tot oprichting van een Orde van geneesheren, *Parl. St.* Kamer 2012-13, nr. 53K2544/001. Het wetsvoorstel werd ook vervallen verklaard op 28 april 2014.

A.4. Recentste voorstel van Hoge Raad voor Beroepsethiek en Ordes van gezondheidszorgberoepen

643. Onder meer Muriel Gerkens diende op 18 november 2014 een aangepaste versie in van het vorige wetsvoorstel.¹²¹⁵ Naast democratisering (het introduceren van onverenigbaarheden tussen de regelgevende en de rechtsprekende organen en een verjonging van de leden), uniformering van de tuchtrechtspraak, het garanderen van transparantie en het optimaliseren van de procedurele rechten van de betrokken partijen (bijvoorbeeld een verjaringstermijn van twee jaar vanaf het tijdstip waarop de Orde kennis neemt van de feiten), beoogt dit voorstel de zorgkwaliteit te verbeteren. Het motto is vooral: geef elk beroepscategorie de mogelijkheid om eigen deontologische regels op te stellen en hierover te waken (met de mogelijkheid om te sanctioneren).

644. De bevoegdheid van de Hoge raad voor Beroepsethiek zou bestaan uit het vaststellen van (algemene) beroepsregels en het adviseren over de bindende kracht van deze regels. Verschillende organen zouden deel uitmaken van de Orden: enerzijds de Nationale Raad en anderzijds de Provinciale/Territoriale en Gelijkgestelde Raden (voor specifieke subcategorieën van beroepsbeoefenaars). De Nationale Raad zou specifieke beroepsethische regels vaststellen en een databank bijhouden van tuchtrechtelijke beslissingen. De Provinciale/Territoriale en Gelijkgestelde Raden (met ook juristen als leden) zouden verantwoordelijk zijn voor het opstellen en bijhouden van de lijst van specifieke beroepsbeoefenaars (desgevallend na doorverwijzing van de geneeskundige commissie), het adviseren van belanghebbenden,¹²¹⁶ het opstarten van een bemiddeling om de partijen te verzoenen, het beslissen over alle geschillen inzake honoraria in laatste aanleg en het waken over de naleving van de beroepsethische code met de mogelijkheid tot het nemen van tuchtrechtelijke beslissingen in eerste aanleg. De zittingen van de Raden zouden openbaar zijn, tenzij de betrokken zorgverlener zich daar uitdrukkelijk tegen verzet of wanneer de organen de openbaarheid uitsluiten in het belang van onder meer de openbare orde, de goede zeden of de belangen van minderjarigen.

645. Indien een beroepscategorie zou beslissen om geen Orde op te richten kan de Raad van eerste aanleg (in de schoot van de Hoge Raad) een beroepsbeoefenaar een tuchtrechtelijke maatregel opleggen wegens het schenden van beroepsethische regels. De Raad van Beroep zou in principe kennisnemen van alle verzoeken tot hoger beroep.

646. Het wetsvoorstel voorziet geen wijzigingen in de tuchtsancties zelf, maar biedt wel de mogelijkheid tot het opleggen van een alternatieve sanctie “voor zover die het maatschappelijk nut dient en in verband staat met het door de gesanctioneerde veroorzaakte leed”. Dit zou bijvoorbeeld

¹²¹⁵ Wetsvoorstel tot oprichting van een Hoge Raad voor Beroepsethiek van de Gezondheidszorgberoepen en tot vaststelling van de algemene beginselen voor de oprichting en de werking van de ordes van de gezondheidszorgberoepen, alsook tot oprichting van een Orde van geneesheren, *Parl. St.* Kamer 2014-15, nr. 54K0634/001.

¹²¹⁶ De Provinciale/Territoriale en Gelijkgestelde Raden moeten hun ontwerp van advies eerst doorsturen naar de Nationale Raad en de Hoge Raad, die een mogelijkheid hebben tot tussenkomst.

het verrichten van een aantal uren onbezoldigd gemeenschapswerk in een RVT kunnen zijn. Ook wordt een regime voorzien waarin geringe tuchtsancties worden uitgewist na verloop van drie jaar en schorsing/schapping op expliciete vraag van de zorgverlener wordt gewist via eerherstel.

A.5. Standpunt Federale Raad voor de Vroedvrouwen

647. De FRVV boog zich nog niet over dit laatste wetsvoorstel, maar liet weten op voorzet van de kinesitherapeuten eind 2013 mee in een werkgroep te zijn gestapt om te brainstormen over de oprichting van een tuchtorgaan. Ook andere zorgverleners zonder een tuchtorgaan zijn in de werkgroep vertegenwoordigd. De oprichting ervan is het gevolg van het wetsvoorstel tot oprichting van een Orde van kinesitherapeuten van oktober 2010.¹²¹⁷ Fabienne Van Dooren, voorzitter van de Federale Raad van de kinesitherapie, legde in maart 2015 een nieuw voorstel op tafel: een gemeenschappelijk deontologisch orgaan met een verplichting tot toetreding voor elke zorgverlener, bestaande uit vier niveaus met een secretariaat, een tuchtkamer (van eerste aanleg), een beroepskamer en een adviesorgaan. Dit voorstel week dus af van het laatste wetsvoorstel dat de installatie van een specifieke orde voor elke zorgverlener beoogde. Niettemin verklaarde de FRVV zich akkoord om in de lijn van een gemeenschappelijk orgaan verder te werken. Vervolgens stagneerden de werkzaamheden van de werkgroep.¹²¹⁸

648. In zijn eerste advies van 2016 inzake de hervorming van de WUG zette de FRVV de ‘controle op de uitoefening van het beroep’ wel opnieuw op de kaart: “De FRVV adviseert de Minister om een wettelijk controlemechanisme te creëren dat waakt over de kwaliteit van de gezondheidszorgverlening en erop toeziet dat elke beroepsbeoefenaar correct deontologisch handelt”.¹²¹⁹ De FRVV wil de violen gelijk stemmen, maar de effectieve oprichting van een orde (en de modaliteiten ervan) is nog toekomstmuziek.

¹²¹⁷ Wetsvoorstel tot oprichting van een Orde van kinesitherapeuten, *Parl. St.* Senaat 2010-11, nr. 5-282/1.

¹²¹⁸ FRVV, Verslag plenumvergadering 12 maart 2015, punt 9 Stand van zaken van de werkgroepen: beroepsprofiel en orde/tuchtorgaan voor de gezondheidszorgberoepen.

¹²¹⁹ FRVV/2016/ADVIES-1, *Advies van de Federale Raad voor de Vroedvrouwen met betrekking tot de hervorming van de Wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen*, maart 2016.

B. De Provinciale geneeskundige commissies

649. Het KB nr. 78 van 1967 bood de juridische basis van de huidige geneeskundige commissies, opgericht in elke provincie.¹²²⁰ Elke commissie bestaat onder meer uit twee artsen, twee vroedvrouwen, andere gezondheidszorgbeoefenaars en een gezondheidsinspecteur van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.¹²²¹

650. Vóór de zesde staatsvorming diende elke vroedvrouw haar diploma te laten viseren bij de bevoegde provinciale geneeskundige commissie, dit was de plaats van de eerste tewerkstelling. Nu kan elke afgestudeerde vroedvrouw een elektronische aanvraag indienen bij de FOD Volksgezondheid en houdt de FOD een lijst bij met de erkende vroedvrouwen van België.¹²²²

651. Naast algemene taken, zoals voorstellen lanceren die bijdragen tot de volksgezondheid, heeft de commissie ook de bevoegdheid om “het visum in te trekken of zijn behoud afhankelijk te maken van de aanvaarding, door de betrokkene, van de opgelegde beperkingen, wanneer, op advies van artsen deskundigen aangeduid door de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren, vastgesteld wordt dat een gezondheidszorgbeoefenaar niet meer voldoet aan de vereiste fysieke of psychische geschiktheden om, zonder risico's, de uitoefening van zijn beroep voort te zetten”.¹²²³ De commissie waakt over de uitoefening van een gezondheidszorgberoep in overeenstemming met de wetten en reglementen en kan desgevallend het parket inlichten, bijvoorbeeld bij onwettige uitoefening. Bij een strafrechtelijke veroordeling voor feiten die voldoende relevant zijn voor de beroepsuitoefening, kan de commissie beslissen het visum in te trekken of het behoud ervan afhankelijk te maken van aanvaarding van bepaalde beperkingen door de betrokkene. Ze gaat enkel over tot schorsing van het visum, indien de vrees bestaat voor zware gevolgen voor de patiënten of de volksgezondheid. De

¹²²⁰ Oud art. 7 kaderwet van 1818, *supra* hoofdstuk II.2.2.

¹²²¹ Art. 118 WUG; KB 7 oktober 1976 betreffende de organisatie en de werkwijze van de geneeskundige commissies, BS 4 februari 1977; *Elke geneeskundige commissie is samengesteld uit :*

1° een voorzitter, arts;

2° een ondervoorzitter, arts;

3° twee leden per in de artikelen 3, § 1, 4, 6, § 1, 43, 45 en 62 bedoeld beroep; (dit zijn de artsen, tandartsen, apothekers, kinesitherapeuten, verpleegkundigen en vroedvrouwen)

3°/1 twee klinische psychologen;

3°/2 twee personen bevoegd om de klinische orthopedagogiek uit te oefenen.

4° twee dierenartsen;

5° een lid per in deze gecoördineerde wet bedoeld beroep andere dan de in de artikelen 3, § 1, 4, 6, § 1, 43, 45 en 62 bedoelde beroepen; (dit zijn de zorgkundigen, hulpverleners-ambulanciers en de paramedici)

6° een lid per geregistreeerde niet-conventionele praktijk als bedoeld in de wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artsenijsbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen;

7° een gezondheidsinspecteur van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Deze gezondheidsinspecteur is de secretaris van de commissie;

8° een ambtenaar van de inspectie van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten.

¹²²² Zie link ‘vraagt u online uw visum aan’ op <http://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorgberoepen/vroedvrouwen>.

¹²²³ Art. 119, §1, 2°b WUG.

beroepsbeoefenaar heeft de mogelijkheid om gehoord te worden in zijn/haar dossier (uitgezonderd bij de vrees voor zware en imminente gevolgen voor de patiënten of de volksgezondheid) en kan elke maand na de opgelegde maatregel een verzoek tot herziening/opheffing tot de commissie richten.¹²²⁴ Tegen een beslissing kan hoger beroep worden ingesteld bij de geneeskundige commissie van beroep, gevestigd te Brussel en bestaande uit twee kamers.¹²²⁵

652. De tussenkomst van de geneeskundige commissies in de praktijkvoering van vroedvrouwen is zeer marginaal. Deze beroepsgroep maakt een klein deel uit van de werkzaamheden van de commissies.¹²²⁶ Na een rondvraag bij de VBOV, diens BA-verzekeraar en de vroedvrouw-leden van de commissies bleken drie dossiers in de voorbije tien jaar te zijn beoordeeld. Telkens kwam de klacht van een arts die de praktijkvoering van een zelfstandige vroedvrouw aan de kaak stelde, telkens met reden volgens de commissie.

Volgens de KCE-richtlijn inzake prenatale zorg (2004) is een uteruslitteken een risico en dus is doorverwijzing naar het ziekenhuis voor een volgende bevalling noodzakelijk. In een eerste dossier beriep een gynaecoloog zich op deze richtlijn en stelde hij zich ernstige vragen bij de beslissing van een zelfstandige vroedvrouw om toch groen licht te geven voor een thuisbevalling bij een patiënte met een uteruslitteken. *In casu* sprak de vroedvrouw met de patiënte (huisarts) af dat de bevalling in het ziekenhuis zou plaatsvinden en ze enkel de arbeid thuis zou opvolgen. Een zeer vlotte arbeid en rekening houdend met het risico op een bevalling in de auto deden de vroedvrouw haar beslissing wijzigen. Na echter een vertraagde uitdrijvingsfase, verminderde weeënactiviteit en dalende foetale harttonen intervenieerde de MUG-dienst en vond de bevalling alsnog in het ziekenhuis plaats. Er bleek sprake van een uterusruptuur, met zware gevolgen voor de baby, die drie dagen na de geboorte overleed. De commissie was van oordeel dat de jonge vroedvrouw in kwestie onvoldoende expertise bezat in het assisteren van bevallingen, zeker gelet op het feit dat een thuisbevalling een zeer grondige kennis vereist. Derhalve trok de commissie het visum van de vroedvrouw in.¹²²⁷ Ze kon een verzoek tot herziening indienen, indien ze in het bezit was van 1) een verklaring van een vroedvrouw met minstens tien jaar ervaring in thuisbevallingen, die één jaar supervisie op haar prestaties zou uitoefenen en 2) een arbeidsovereenkomst met een ziekenhuis, waar ze minstens voor één jaar op de verloskamer mocht werkzaam zijn. De vroedvrouw moest ook een persoonlijk logboek bijhouden met haar prestaties.

¹²²⁴ Art. 119, §1, 2°h-i WUG.

¹²²⁵ Art. 24-30 KB 7 oktober 1976 betreffende de organisatie en de werkwijze van de geneeskundige commissies, BS 4 februari 1977.

¹²²⁶ Mail dd. 02/10/2015 van dr. Katia Machiels: “*In bijlage het advies van onze jurist met betrekking tot inzage in de dossiers. Ik sta ter beschikking om algemene info met betrekking tot de vroedvrouwen en de behandelende dossiers te geven, wetende dat deze beroepsgroep een klein deel uitmaakt van de werkzaamheden van de PGC*”.

¹²²⁷ Geneeskundige Commissie Brabant (Franstalige kamer) 18 juni 2014, dossiernr. ML/VS/14/122.

Ook de klacht van een kinderartsenvereniging tegen een zelfstandige vroedvrouw, die systematisch de medische richtlijnen inzake vitamine K-suppletie bij borstvoeding de eerste drie maanden in vraag stelde en de ouders wees op de nevenwerkingen, vond de geneeskundige commissie terecht. Wegens het vermoeden van onwettige uitoefening van de geneeskunde maakte de commissie het dossier bovendien over aan het parket.¹²²⁸

Na een grondige aanpassing van de website-informatie van een zelfstandige vroedvrouw, die ook pretecho's deed, besloot de geneeskundige commissie van Limburg geen verdere gevolgen te geven aan een klacht van een huisarts. Voor de commissie was het belangrijk dat de vroedvrouw haar verloskundige zorg niet vermengde met haar nevenactiviteit als 'pretechoscopiste'.¹²²⁹

C. De Federale Raad voor de Vroedvrouwen

653. In 2007 zag de Federale Raad voor de Vroedvrouwen (FRVV) het daglicht, als opvolger van de Nationale Raad (1999). Naar analogie van de KNOV en de *Conseil national de l'Ordre des Sages-femmes* heeft de FRVV een adviesbevoegdheid 'omtrent alle problemen van de vroedvrouwen die tot de federale bevoegdheid behoren'.¹²³⁰ Zoals *supra* beschreven speelt de raad een belangrijke rol in de redactie van uitvoeringsbesluiten, waardoor de nieuwe bevoegdheden vorm krijgen.¹²³¹

654. Na advies van de FRVV kan de FOD ook beslissen een vroedvrouw haar beroepstitel in te trekken, indien ze niet voldoet aan de voorwaarden van permanente vorming. Het KB 1991 voorziet een verplichte vorming van 75 uren over vijf jaren.¹²³²

D. De Erkeningscommissie

655. In de schoot van de FOD Volksgezondheid is sinds begin 2007 ook een Erkeningscommissie opgericht. Deze commissie is bevoegd om advies uit te brengen over de (vooral buitenlandse) aanvragen tot erkenning waarbij de vroedvrouwen gemachtigd worden een beroepstitel te dragen, alsook advies te verlenen over de registratie van permanente opleidingen.¹²³³ Vlaanderen is sinds de zesde staatshervorming bevoegd voor de erkenning van de gezondheidszorgberoepen. Vanaf juni 2017 fungeert de Erkeningscommissie dan ook onder het Vlaams agentschap Zorg en Gezondheid.¹²³⁴

¹²²⁸ Geneeskundige Commissie Limburg 8 mei 2009, ref. PGC-20 maart 2009; Volgens de BA-verzekeraar seponerde het parket deze klacht.

¹²²⁹ Geneeskundige Commissie Limburg s.d., ref. PGC-26 juni 2013.

¹²³⁰ Art. 63, lid 4 WUG.

¹²³¹ Zie voor een overzicht van de uitgebrachte adviezen: <http://health.belgium.be/eportal/Healthcare/healthcareprofessions/Midwives/Councilsandcommissions/FederalCouncilforMidwives/index.htm?fodnlang=nl#.VsLkhVL2bml>.

¹²³² Art. 63, lid 3 WUG *juncto* artikel 9 KB 1991; MO 15 maart 2010 voor alle belanghebbenden, BS 5 mei 2010.

¹²³³ Art. 64 WUG.

¹²³⁴ Besluit 5 mei 2017 Vlaamse Regering betreffende de erkenning van de beroepstitel van vroedvrouw, BS 16 juni 2017.

IV.2.2. De Nederlandse verloskundige voor de tuchtrechter

656. In Nederland is de overheidscontrole op de professionele activiteiten van de verloskundige op twee niveaus geregeld. Enerzijds zien de tuchtcolleges toe op de bekwame uitoefening van de verloskunde door toetsing aan wat een ‘redelijk bekwame verloskundige’ zou gedaan hebben. Anderzijds beoordeelt het College van Medisch Toezicht of de geestelijke of lichamelijke toestand van een verloskundige een kwaliteitsvolle zorgverlening niet in het gedrang brengt.

657. Eerst wordt de tuchtrechtelijke procedure toegelicht (zie A), gevolgd door de resultaten van een analyse van 65 tuchtrechtelijke dossiers (zie B). Ten slotte komt ook de organisatie van het medisch toezicht door de overheid aan bod (zie C).

A. Procedure bij de tuchtcolleges

658. Zowel een patiënt, een andere beroepsbeoefenaar als een inspecteur voor de gezondheidszorg kan een tuchtklacht indienen tegen een verloskundige. In eerste aanleg worden klachten tegen BIG-geregistreerde zorgverleners behandeld door de Regionale Tuchtcolleges, gevestigd in Amsterdam, Den Haag, Eindhoven, Groningen en Zwolle. De woonplaats van de aangeklaagde bepaalt welk college bevoegd is. De Regionale Tuchtcolleges bestaan telkens uit drie zorgverleners van de beroepscategorie van de aangeklaagde en twee juristen (‘rechtsgeleerden’), waaronder de voorzitter.¹²³⁵ Voordat het college beslist, krijgen de partijen de gelegenheid om op een openbare zitting schriftelijk en/of mondeling hun standpunt kenbaar te maken. Er is dus sprake van een centraal georganiseerd tuchtsysteem.

659. Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, gevestigd in Den Haag, behandelt de zaken in hoger beroep en is de hoogste rechtsprekende instantie op het gebied van tuchtrecht in de Nederlandse zorgverlening. Het juridisch aspect in de beoordeling van de zaak weegt nog zwaarder door dan in eerste aanleg, vermits het college bestaat uit drie juristen (waarvan één voorzitter) en twee zorgverleners uit de beroepscategorie van de aangeklaagde.¹²³⁶

660. Ingevolge artikel 47 BIG-wet geldt er een algemene toetsingsnorm, vergelijkbaar met de zorgvuldigheidsnorm bij de beoordeling van aansprakelijkheid en dus niet per se de regels in de deontologische code van de beroepsorganisaties, zoals de KNOV.

661. Als een zorgverlener zich niet aan zijn/haar beroepsnormen heeft gehouden, kan het tuchtcollege de volgende maatregelen opleggen: een waarschuwing, een berisping, een geldboete (max. € 4.500), een schorsing van de inschrijving in het BIG-register (maximaal één jaar, eventueel voorwaardelijk), een gedeeltelijke ontzegging van de beroepsuitoefening en finaal de doorhaling

¹²³⁵ Art. 55 BIG-wet.

¹²³⁶ Art. 56-57 BIG-wet.

van de inschrijving in het BIG-register. Cumul van een geldboete en een schorsing zijn mogelijk.¹²³⁷ Het doel van de maatregelen is niet penaliseren, wel de kwaliteit van de gezondheidszorg te optimaliseren.

662. Er is zeker sprake van transparantie in het tuchtbeleid, vermits de (geanonimiseerde) beslissingen gepubliceerd worden in de Nederlandse Staatscourant en ter publicatie worden aangeboden in de tijdschriften Medisch Contact, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie, Tijdschrift voor Verloskundigen en Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie. Alle zorgverleners die vanaf 1 juli 2012 gesanctioneerd zijn, staan met naam en toenaam op de ‘zwarte lijst’, te raadplegen via het BIG-register.¹²³⁸ Bij het raadplegen van dit register begin februari 2016, bleken vijf verloskundigen op de lijst te staan. Ze kregen een berisping omwille van een onjuiste behandeling en/of verkeerde diagnose, grensoverschrijdend gedrag en geen of onvoldoende zorgverlening. Eén van deze verloskundigen liep tevens om dezelfde redenen een voorwaardelijke schorsing op van twee maanden en zesentwintig dagen, met een proeftijd van twee jaren.

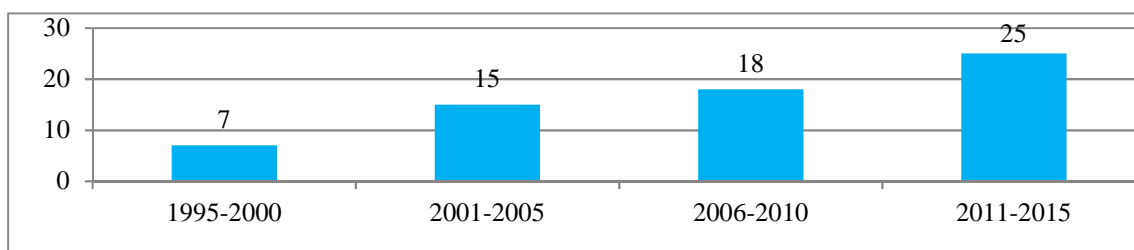
B. Analyse van de tuchtrechtspraak

B.1. Statistisch

663. Wat volgt is het resultaat van een diepteanalyse van 65 representatieve zaken, waarvan de feiten zich situeerden in de periode van 1995 tot 2015.¹²³⁹ De cumulatieve inclusiecriteria waren: betrokkenheid van de (klinisch) verloskundige of O&G verpleegkundige, betrekking hebben op handelingen tijdens de verloskundige zorg (pre- peri- en postnataal), voorzien van een duidelijk feitenrelaas en een definitieve beslissing over de tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid.

664. Er is in twintig jaar een opmerkelijke stijging (bijna maal vier) merkbaar van het aantal klachten.

Grafiek 1
Tijdstip feiten



¹²³⁷ Art. 48 BIG-wet.

¹²³⁸ www.bigregister.nl.

¹²³⁹ De tuchtrechtspraak werd bijgehouden tot 1 november 2015.

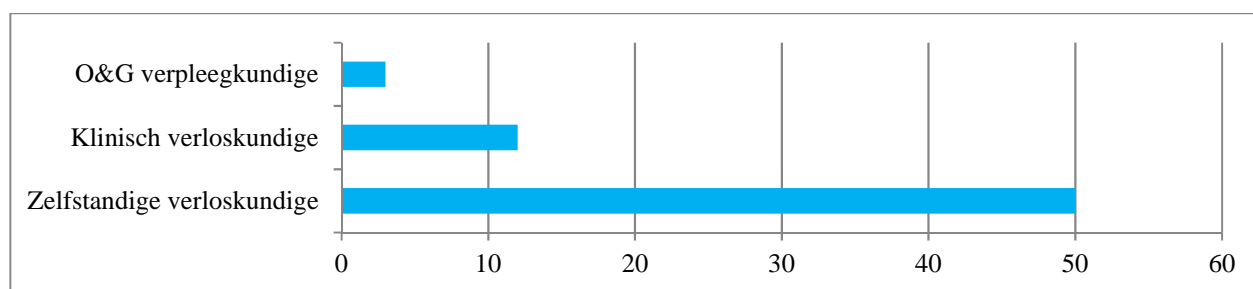
665. De jaarverslagen van 2014 en 2015 nuanceren deze opmerkelijke stijging. Hoewel het aantal klachten tegen BIG-geregistreerde zorgverleners algemeen stijgt, van 1496 in 2009 naar 1610 in 2015, daalt het aandeel verloskundige klachten. Uit het jaarverslag van 2014 blijkt dat slechts 0,5% (9/1710) van de afgehandelde tuchtklachten over verloskundigen en 1,4% (24/1710) over gynaecologen gaan.¹²⁴⁰ Uit het recentste jaarverslag van 2015 blijkt het aandeel klachten tegen verloskundigen nog 0,4% (6/1609) te zijn en 1,12% (18/1609) tegen gynaecologen te zijn.¹²⁴¹

666. De 65 klachten gaan vooral over geleverde prestaties tijdens een poliklinische bevalling (37 zaken), gevolgd door een begeleiding van een arbeid thuis (9 zaken) en een thuisbevalling (9 zaken).

667. Slechts in zeven dossiers was er ook een tuchtklacht tegen de gynaecoloog ingediend. De zelfstandige verloskundige kreeg de meeste (50/65) tuchtklachten.

Grafiek 2

Betrokken partijen



668. In de meeste gevallen (61 zaken) legde de patiënte de tuchtklacht neer. Slechts in drie zaken startte de Inspectie voor de Gezondheidszorg een tuchtprocedure op. In één specifiek geval legden zowel de patiënte als de inspectie klacht neer.

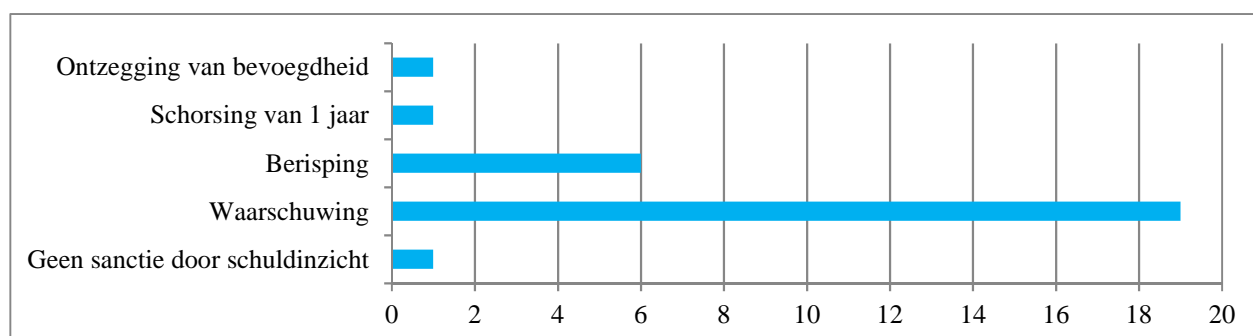
669. Finaal gezien bleek de zorgverlener in meer dan de helft van de zaken (37/65) tuchtrechtelijk verantwoord te hebben gehandeld. In 28 zaken sanctioneerde het tuchtcollege de zorgverlener, omdat “het beroepsmatig handelen niet binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening is gebleven, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard”.¹²⁴² De meest opgelegde sanctie was de waarschuwing, naast de berisping en zeer uitzonderlijk een schorsing of een ontzegging van bevoegdheid.

¹²⁴⁰ Jaarverslag Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorgen en het College van Medisch Toezicht, 2014, 26, 31 en 34.

¹²⁴¹ Jaarverslag Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorgen en het College van Medisch Toezicht, 2015, 22, 26 en 31.

¹²⁴² Standaardmotivering, zie bijvoorbeeld Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Zwolle 13 maart 2015, zaaknr. 094/2014, ECLI:NL:TGZRZWO:2015:27.

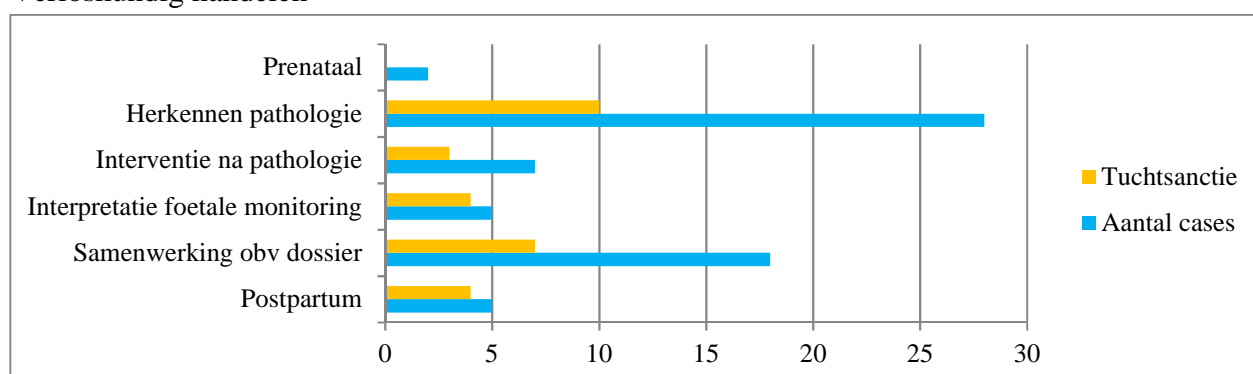
Grafiek 3
Tuchtsancties



670. In meer dan een derde (24/65) van de dossiers oordeelde het Centraal Tuchtcollege in laatste aanleg. Het besloot tien zaken met de volgende standaardmotivering: “De behandeling in hoger beroep heeft het Centraal Tuchtcollege niet geleid tot de vaststelling van andere feiten en tot andere beschouwingen en beslissingen dan die van het College in eerste aanleg, zodat het beroep moet worden verworpen”.¹²⁴³ Slechts in drie zaken gaf de beoordeling van het beroepscollege aanleiding tot een hogere tuchtstraf.

671. De feitelijke analyse van de tuchtzaken leende zich tot dezelfde opdeling als bij de gerechtelijke procedures: prenatale zorg (zie B.2), perinatale zorg (zie B.3) en postnatale zorg (zie B.4). Er zijn opnieuw weinig zaken in de categorie pre- en postnatale periode. In de tuchtzaken inzake de perinatale periode stond opnieuw het (tijdig) herkennen van pathologie door de verloskundige het meest ter discussie.

Grafiek 4
Verloskundig handelen

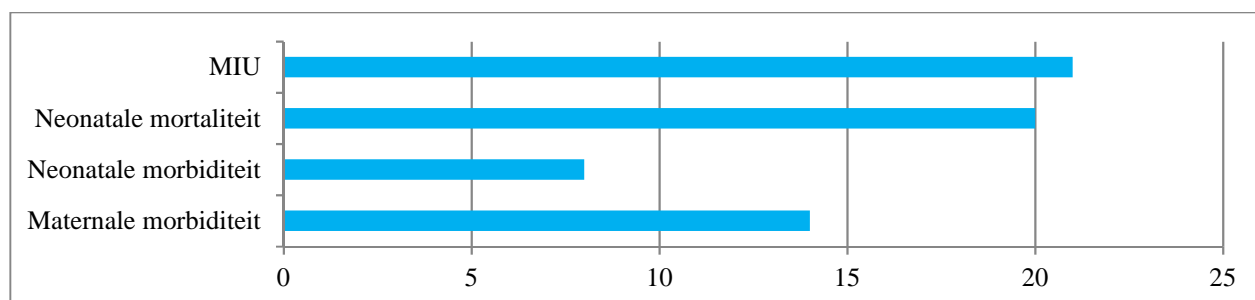


¹²⁴³ Bijvoorbeeld Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 27 mei 2008, zaaknr. 2007.100, bevestiging van Regionaal Tuchtcollege Eindhoven 15 januari 2007, zaaknr. 062911 juli 2006.

672. Het overlijden van de foetus of baby kort na de geboorte gaf in twee derde van de zaken aanleiding tot een tuchtprocedure. Onder de noemer van maternale morbiditeit zaten onder meer morele schade door een posttraumatische stressstoornis en lichamelijke schade door een perineumruptuur, een rectovaginale fistel en een sensibiliteitsstoornis door fundusdruk.

Grafiek 5

Soorten schade



B.2. Prenatale zorg

673. Ondanks de voorrangsrol van de zelfstandige verloskundige in de begeleiding van een zwangerschap, waren er slechts twee tuchtprocedures in deze periode. Het Regionale Tuchtcollege van Eindhoven kon niet vaststellen of de voorgelegde echo's daadwerkelijk van de hand van de beweerde verloskundige waren. Het niet diagnosticeren van een anencefalie (ontbreken grote hersenen) bij een foetus van zeventien weken bleef bijgevolg zonder sanctie.¹²⁴⁴ In een andere zaak bleek de IUGR (intra-uteriene groeiretardatie) niet van die ernst dat een doorverwijzing naar een gynaecoloog zich opdroeg. De verloskundige handelde met andere woorden correct. Het tuchtcollege spoorde de verloskundige wel aan tot een betere verslaggeving in haar patiëntendossier.¹²⁴⁵

B.3. Perinatale zorg

B.3.1. Herkennen van pathologie: risicodetectie

674. In tegenstelling tot de analyse van de gerechtelijke dossiers waar het niet herkennen van de symptomen van een uterusruptuur de meeste voorkomende klacht was, betreft slechts één tuchtdossier deze problematiek. In dat dossier liepen zowel de klinische verloskundige als de gynaecoloog een tuchtsanctie op.¹²⁴⁶ De verloskundige uitte haar ongenoegen over het beleid (stimulatie bij littekenuterus, pijn, verontrustend CTG en meconiaal vruchtwater) aan de

¹²⁴⁴ Regionaal Tuchtcollege Eindhoven 19 april 2010, zaaknr. 0960, ECLI:NL:TGZREIN:2010:YG0233.

¹²⁴⁵ Regionaal Tuchtcollege Zwolle 27 april 2006, zaaknr. 130-1/04.

¹²⁴⁶ Betreffende de verloskundige: Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 7 juni 2011, zaaknr. 2010/191v en 2011/025v en betreffende de gynaecoloog: Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag 27 november 2012, zaaknr. c2011.258 en 259, ECLI:NL:TGZCTG:2012:YG2440, bevestiging van Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 7 juni 2011, zaaknr. 2011/024 en 2010/190, ECLI:NL:TGZRAMS:2011:YG1154.

gynaecoloog, waarop hij de ‘geschiktheid’ van de verloskundige om in de tweedelijnszorg te werken opnieuw in vraag stelde. Niet lang voordien had zich immers een gelijkaardig incident voorgedaan tussen beide zorgverleners. De patiënte bleef ondanks de verontrustende situatie veertig minuten onbewaakt tot een assistente op de degraderende foetale toestand wees, waarna meteen een spoedsectio plaatsvond. De baby overleed ten gevolge van een uterusruptuur.

675. Het onderschatten van foetale nood bij meconiaal vruchtwater kwam het frequentst voor. In de helft van de gevallen (4/8) handelde de verloskundige als een ‘redelijk bekwame beroepsbeoefenaar’, zonder verwijtbare handelingen.¹²⁴⁷ Het niet meteen transfereren van de patiënte naar het ziekenhuis bij de vaststelling van meconiaal vruchtwater leidde tot een tuchtsanctie voor twee zelfstandig verloskundigen.¹²⁴⁸ Het niet meteen (maar pas na twee uren) langsgaan bij een patiënte na een melding van bruin vochtverlies en nog een uur talmen alvorens tot een transfer te beslissen, beoordeelde het Centraal Tuchtcollege als onverantwoord.¹²⁴⁹ Een zelfstandige verloskundige die laattijdig tot een transfer besloot bij meconiaal vruchtwater en een pasgeborene niet adequaat reanimeerde, achtte het Centraal Tuchtcollege “*uit het oogpunt van bescherming van de volksgezondheid niet verantwoord*”. Het legde dan ook de maatregel op van ontzegging van de bevoegdheid om het beroep van verloskundige uit te oefenen, voor zover dit bestond in het begeleiden van bevallingen.¹²⁵⁰

676. Het niet tegemoet komen aan herhaaldelijke klachten van jeuk,¹²⁵¹ verminderde kindsbewegingen,¹²⁵² een hoge bloeddruk in combinatie met verminderde kindsbewegingen¹²⁵³ en symptomen van een blaasontsteking¹²⁵⁴, kwalificeerden de tuchtcolleges als ‘verwijtbare handelingen’ van de verloskundige.

¹²⁴⁷ Regionaal Tuchtcollege Den Haag 25 oktober 2011, zaaknr. 2010-043, ECLI:NL:TGZRSGR:2011:YG1444; Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 9 november 2006, zaaknr. 2005.250, hervorming van Regionaal Tuchtcollege Zwolle 13 oktober 2005, zaaknr. 120/04Vlk; Regionaal Tuchtcollege Den Haag 1 december 2009, zaaknr. 2008.032B; Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 5 januari 1999, zaaknr. 98/056V.

¹²⁴⁸ Regionaal Tuchtcollege Zwolle 16 oktober 2015, zaaknr. 057/2015, ECLI:NL:TGZRZWO:2015:84; Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 26 oktober 1999, zaaknr. 98/311V.

¹²⁴⁹ Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag 1 juni 2010, zaaknr. C2009/126, ECLI:NL:TGZCTG:2010:YG0333, hervorming van Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 10 maart 2009, zaaknr. 08/110V.

¹²⁵⁰ Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 5 december 2002, zaaknr. 2001/163, hervorming van Regionaal Tuchtcollege Eindhoven 2 april 2001, zaaknr. 0078.

¹²⁵¹ Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam 28 mei 2013, zaaknr. 2012/281V, ECLI:NL:TGZRAMS:2013:YG294.

¹²⁵² Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 28 juni 2005, zaaknr. 2004.151, hervorming Regionaal Tuchtcollege 's-Gravenhage 11 mei 2004, zaaknr. 2003 H 3; wel pathologie herkend bij verminderde kindsbewegingen: Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag 19 mei 2015, zaaknr. c2014.347, ECLI:NL:TGZCTG:2015:163, bevestiging van Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 8 juli 2014, zaaknr. 13/383V; Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 8 juli 2014, zaaknr. 2013/384V, ECLI:NL:TGZRAMS:2014:65 en zaaknr. 2013/383V, ECLI:NL:TGZRAMS:2014:64; Regionaal Tuchtcollege 's-Gravenhage 1 december 2009, zaaknr. 2008 T 072.

¹²⁵³ Regionaal Tuchtcollege Groningen 4 oktober 2011, zaaknr. V2010-01, ECLI:NL:TGZRGRO:2011:YG1420; Regionaal Tuchtcollege Zwolle 13 maart 2015, zaaknr. 094/2014, ECLI:NL:TGZRZWO:2015:27.

¹²⁵⁴ Regionaal Tuchtcollege Eindhoven 14 november 2011, zaaknr. 1160, ECLI:NL:TGZREIN:2011:YG1494.

677. Klachten tegen een verloskundige betreffende het niet herkennen en/of doorverwijzen bij de vaststelling van een placentaloslatings,¹²⁵⁵ een neurinoom na het prikken van een infuus,¹²⁵⁶ een amnionitis,¹²⁵⁷ een infectie (parvo virus),¹²⁵⁸ een zwangerschapstoxicose,¹²⁵⁹ een pathologische uitdrijvingsfase,¹²⁶⁰ een auto-immuunziekte (lupus)¹²⁶¹ en pre-eclampsie¹²⁶² werden ongegrond verklaard.

B.3.2. Interventie bij pathologie

678. Het Centraal Tuchtcollege bevestigde de berisping van een O&G verpleegkundige, wegens het onbevoegd handelen.¹²⁶³ Zonder instructie van een arts of verloskundige (die in overleg waren) en zonder de aanwezigheid van een noodsituatie, trok de verpleegkundige aan de kocher en duwde ze op de uterus voor de geboorte van de placenta. Resultaat van dit manoeuvre was een uterusinversie met massaal bloedverlies tot gevolg.

679. De Inspectie voor de Gezondheidszorg diende verschillende klachten in tegen een zelfstandig verloskundige die vier hoogrisicobevallingen thuis assisteerde, in strijd met de Verloskundige Indicatielijst. De kern van de klacht was het handelen van de verloskundige buiten haar deskundigheidsgebied, het niet afbakenen van haar professionele grenzen en zich onvoldoende inspannen voor het bereiken van een alternatief voor het thuis bevallen. De verloskundige behoorde de aanstaande moeders ertoe te bewegen (alsnog) in het ziekenhuis te bevallen en overleg te plegen met de gynaecoloog. In eerste aanleg kreeg de verloskundige de zwaarste sanctie, nl. de doorhaling van inschrijving in het BIG-register. Het Centraal Tuchtcollege tilde minder zwaar aan de feiten en hield het op een schorsing van de inschrijving in het register voor de duur van een jaar.¹²⁶⁴

¹²⁵⁵ Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 10 maart 2015, zaaknr. 2014/264V, ECLI:NL:TGZRAMS:2015:23; Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 27 mei 2008, zaaknr. 2007.100, bevestiging van Regionaal Tuchtcollege Eindhoven 15 januari 2007, zaaknr. 06291; Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 24 juni 2008, zaaknr. 2007.283, hervorming van Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 3 juli 2007, zaaknr. 06/228V.

¹²⁵⁶ Regionaal Tuchtcollege Eindhoven 23 mei 2013, zaaknr. 12121, ECLI:NL:TGZREIN:2013:YG2939.

¹²⁵⁷ Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 20 maart 2007, zaaknr. 2006.236 en 2006.275, bevestiging van Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 11 juli 2006, zaaknr.05/048V en 05/094V.

¹²⁵⁸ Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag 11 mei 2010, zaaknr. C2009/087, ECLI:NL:TGZCTG:2010:YG0276, hervorming van Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 10 februari 2008, zaaknr. 07/203V.

¹²⁵⁹ Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 7 juni 2001, zaaknr. 2000.113, bevestiging van Regionaal Tuchtcollege 's-Gravenhage 2 februari 2000.

¹²⁶⁰ Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 10 november 2009, zaaknr. 2008.256, bevestiging van Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 22 april 2008, zaaknr. 07/085V.

¹²⁶¹ Regionaal Tuchtcollege 's-Gravenhage 1 december 2009, zaaknr. 2009 O 042.

¹²⁶² Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 9 maart 1999, zaaknr. 98/080V en 98/082V; Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 5 januari 1999, zaaknr. 98/153V en 98/154V.

¹²⁶³ Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag 12 augustus 2014, zaaknr. c2013.275, ECLI:NL:TGZCTG:2014:313, bevestiging van Regionaal Tuchtcollege Zwolle 14 juni 2013, zaaknr. 160/2012 ECLI:NL:TGZRZWO:2013:YG3008.

¹²⁶⁴ Centraal Tuchtcollege Den Haag 8 mei, 24 april en 24 juni 2014, zaaknr. C2013.330, ECLI:NL:TGZCTG:2014:263, hervorming van Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 16 juli 2013, zaaknr. 2012/357V, ECLI:NL:TGZRAMS:2013:12, zaaknr. 2012/358V, ECLI:NL:TGZRAMS:2013:13 en zaaknr. 2012/359V, ECLI:NL:TGZRAMS:2013:14.

680. Het alsnog beslissen tot een transfer als de baby al half geboren was bij een stuitbevalling, viel niet onder de noemer van ‘redelijk bekwame beroepsuitoefening’. De verloskundige kreeg een berisping, ook omdat ze niet meteen poolshoogte kwam nemen van de situatie na het telefoontje van haar patiënte.¹²⁶⁵

681. Het uitoefenen van fundusdruk bij verminderde weeënactiviteit,¹²⁶⁶ het niet plaatsen van een episiotomie,¹²⁶⁷ manuele druk uitoefenen op het foetale hoofd bij een navelstrengprolaps¹²⁶⁸ en het plaatsen van een episiotomie, maar zonder informed consent¹²⁶⁹ beoordeelden de tuchtorganen als correct (wetenschappelijk) handelen van de verloskundige.

B.3.3. Interpretatie foetale monitoring

682. De analyse van de gerechtelijke dossiers inzake foetale monitoring gaf al aan dat ‘misinterpretatie’ van CTG-monitoring vaak een gedeelde verantwoordelijkheid is tussen de gynaecoloog en de vroedvrouw.¹²⁷⁰ Het correct noteren in het dossier en het volgen van richtlijnen of gedragsregels missen hun belang niet. De vijf tuchtrechtelijke zaken binnen deze problematiek bevestigen deze conclusie.

683. In de meest recente zaak (2015) herleidde het Centraal Tuchtcollege de sanctie van een berisping naar een waarschuwing.¹²⁷¹ De verloskundige interpreteerde de CTG-monitoring verkeerd, gaf geen aandacht aan de overstimulatie en verwittigde bijgevolg te laat de gynaecoloog, die ten slotte overging tot een spoedsectio na een mislukte poging tot kunstverlossing. De verloskundige bleef tevens in gebreke haar observaties te noteren in het patiëntendossier. De reanimatie van de baby kende geen succes. Dit schadegeval gaf aanleiding tot een intern onderzoek binnen het ziekenhuis, een melding aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg en een strafklacht tegen de verloskundige en de gynaecoloog.¹²⁷² Deze laatste liep ook een berisping op, omdat ze haar beoordeling van het CTG-patroon baseerde op de laatste dertig minuten en niet op een langere periode, waardoor ze de foetale conditie miskende en opnieuw kostbare tijd liet verloren gaan.¹²⁷³

¹²⁶⁵ Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 29 november 2011, zaaknr. 2010/246V, ECLI:NL:TGZRAMS:2011:YG1565.

¹²⁶⁶ Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 8 juli 2014, zaaknr. 2013/469V, ECLI:NL:TGZRAMS:2014:66.

¹²⁶⁷ Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag 14 februari 2013, zaaknr. c2011.396, ECLI:NL:TGZCTG:2013:YG2645, bevestiging van Regionaal Tuchtcollege Den Haag 25 oktober 2011, zaaknr. 2010-166, ECLI:NL:TGZRSGR:2011:YG1442; Een episiotomie had een totaalruptuur niet voorkomen.

¹²⁶⁸ Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 24 juni 2003, zaaknr. 2002.181, hervorming van Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 22 februari 2001, zaaknr. 01/033V.

¹²⁶⁹ Regionaal Tuchtcollege Groningen 19 maart 2007, zaaknr. V2005/01; Er bestond geen officiële richtlijn voor het plaatsen van een episiotomie en het was niet haalbaar om in die specifieke (nood)situatie een informed consent te bekomen.

¹²⁷⁰ Zie hoofdstuk III.2.4.C.2.

¹²⁷¹ Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag 24 maart 2015, zaaknr. c2014.066, ECLI:NL:TGZCTG:2015:100, hervorming van Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 17 december 2013, zaaknr. 2012/445V, ECLI:NL:TGZRAMS:2013:61.

¹²⁷² Over de uitkomst van de strafklacht zijn geen gegevens bekend.

¹²⁷³ Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 17 december 2013, zaaknr. 2012/446, ECLI:NL:TGZRAMS:2013:62.

684. Inadequate CTG-registratie en -interpretatie en het bijgevolg niet meteen verwittigen van de gynaecoloog gaven ook aanleiding tot een waarschuwing van een O&G verpleegkundige.¹²⁷⁴ Ze was in de mogelijkheid om het interval tussen de vaststelling van de foetale nood en de spoedsectie te verkorten, maar ondernam geen actie. Ook de verslaggeving in het dossier miste professionaliteit. De gynaecoloog kreeg een waarschuwing. Hij trof onvoldoende maatregelen voor de realisatie van richtlijnvoorschriften inzake foetale bewaking en dossiervoering. Hij maakte bovendien een ernstige inschattingsfout door onvoldoende voorzorgsmaatregelen te treffen bij de vacuümextractie. Door het ontbreken van duidelijke communicatie met de ondersteunende O&G verpleegkundige en onvoldoende proactief handelen was het interval tussen het besluit tot en de uitvoering van de spoedsectie te lang.¹²⁷⁵ In een volledig gelijkaardige zaak kregen zowel de klinisch verloskundige als de gynaecoloog een waarschuwing voor het onderschatten van de foetale stress (na een transfer van de patiënte door de zelfstandig verloskundige om wille van meconiaal vruchtwater) en het niet vroeger beslissen tot de uitvoering van een spoedsectie.¹²⁷⁶

685. Door een slechte communicatie tussen een klinisch verloskundige en een gynaecoloog, bleef een spoedsectie uit en overleed een foetus in de moederschoot. Dit schadegeval gaf aanleiding tot een tuchtklacht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De inspectie verwees naar de ‘Nota Functieprofiel tweedelijns verloskundigen’ in verband met het registreren en interpreteren van CTG-monitoring. Het tuchtcollege oordeelde dat ondanks de pathologische toestand de verloskundige niet tijdig de gynaecoloog verwittigde en achtte een waarschuwing gepast.¹²⁷⁷ Na het inspectiebezoek vond tussen de gynaecologen en de verloskundigen een evaluatiegesprek plaats, dat tot schriftelijke afspraken over de communicatie over en de beoordeling van CTG-monitoring heeft geleid. Voorts is er een scholingsprogramma binnen het ziekenhuis opgesteld en is een speciale STAN-monitor aangeschaft met het oog op een adequatere beoordeling van de foetale conditie.

686. In een laatste zaak legde het Centraal Tuchtcollege geen sanctie op, ondanks de waarschuwing in eerste aanleg en de erkenning van aansprakelijkheid door het ziekenhuis voor het overlijden van de baby wegens zuurstoftekort. Het tuchtcollege vond het tijdsverloop (twintig minuten) tussen het vaststellen van de pathologie (langdurige diepe deceleraties en een afname van de variabiliteit tijdens de uitdrijvingsfase) en het verwittigen van de gynaecoloog ‘nog net aanvaardbaar’.¹²⁷⁸ Het tuchtcollege bekritiseerde wel de gebrekkige kennis van de verloskundige betreffende foetale monitoring en adviseerde bijkomende vorming.

¹²⁷⁴ Regionaal Tuchtcollege Groningen 6 december 2011, zaaknr. VP2010/13, ECLI:NL:TGZRGRO:2011:YG1575.

¹²⁷⁵ Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag 7 februari 2013, zaaknr. c2012.040, ECLI:NL:TGZCTG:2013:YG2625 en zaaknr. c2012.041, bevestiging van Regionaal Tuchtcollege Groningen 6 december 2011, zaaknr. G2010/75, ECLI:NL:TGZRGRO:2011:YG1568.

¹²⁷⁶ Betreffende de klinisch verloskundige: Regionaal Tuchtcollege Eindhoven 14 november 2011, zaaknr. 10180b, ECLI:NL:TGZREIN:2011:YG1493 en betreffende de gynaecoloog: Regionaal Tuchtcollege Eindhoven 14 november 2011, zaaknr. 10180a, ECLI:NL:TGZREIN:2011:YG1492.

¹²⁷⁷ Regionaal Tuchtcollege Eindhoven 29 juli 2009, zaaknr. 0906.

¹²⁷⁸ Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 2 november 2006, zaaknr. 2005.272, hervorming van Regionaal Tuchtcollege Eindhoven 4 augustus 2005, zaaknr. 03119b.

B.3.4. Het belang van samenwerking/overleg op basis van het patiëntendossier

687. Zoals *supra* beschreven neemt een professionele samenwerking met collega-zorgverleners in het Verloskundig Vandemecum en de gedragscode van de KNOV een belangrijke plaats in.¹²⁷⁹ Het adequaat doorverwijzen bij de vaststelling van een pathologie is een juridische verplichting.¹²⁸⁰ Negentien tuchtdossiers (ongeveer 30%) betreffen deze problematiek.

688. Kenmerkend is dat de tuchtcolleges hierbij vooral adviseren in de plaats van sanctioneren. De verloskundige wordt bijvoorbeeld aangespoord om elke consultatie in haar patiëntendossier op te nemen en bij een specifieke pathologie de verslaggeving uit te breiden.¹²⁸¹

689. Optimale dienstverlening en samenwerking met collega-zorgverleners impliceert voldoende telefonische bereikbaarheid,¹²⁸² zonder enige aarzeling doorverwijzen bij pathologie,¹²⁸³ brieven slechts tekenen na het lezen van de inhoud¹²⁸⁴. *Informed consent* van de patiënte bekomen bij het doorverwijzen naar of overleggen met collega's,¹²⁸⁵ en het opstellen van een protocol of gedragscode betreffende de bevoegdheid tussen een zelfstandige verloskundige en een O&G verpleegkundige bij een transfer kunnen een meerwaarde betekenen¹²⁸⁶ in het verlenen van kwalitatieve zorg.

¹²⁷⁹ Zie randnr. 567 en 620.

¹²⁸⁰ Art. 5 Besluit 2008.

¹²⁸¹ Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag 27 mei 2014, zaaknr. c2013.267, ECLI:NL:TGZCTG:2014:220 (bijzonderheden in het dossier opnemen); Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag 20 december 2012, zaaknr. c2011.146, ECLI:NL:TGZCTG:2012:YG2518, hervorming van Regionaal Tuchtcollege Zwolle 17 februari 2011, zaaknr. 231/2009, ECLI:NL:TGZRZWO:2011:YG0913 (bij de begeleiding van een zwangerschap met een chromosomale afwijking uitgebreid noteren); Regionaal Tuchtcollege Zwolle 1 augustus 2014, zaaknr. 253/2013, ECLI:NL:TGZRZWO:2014:92 (rectaal toucher na hechten perineum genoteerd); Regionaal Tuchtcollege Den Haag 10 december 2013, zaaknr. 2012-245B, ECLI:NL:TGZRSGR:2013:36 (elke test op prenatale consultatie noteren); Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 16 december 2008, zaaknr. 07/087V (alle relevante gegevens op de zwangerschapskaart van de patiënte noteren).

¹²⁸² Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag 10 januari 2013, zaaknr. c2011.416, ECLI:NL:TGZCTG:2013:YG2562, bevestiging van Regionaal Tuchtcollege Den Haag 25 oktober 2011, zaaknr. 2010-074c, ECLI:NL:TGZRSGR:2011:YG1443.

¹²⁸³ Regionaal Tuchtcollege Groningen 4 oktober 2011, zaaknr. V2010-05, ECLI:NL:TGZRGRO:2011:YG1419.

¹²⁸⁴ Regionaal Tuchtcollege Groningen 4 oktober 2011, zaaknr. V2010-02, ECLI:NL:TGZRGRO:2011:YG1418.

¹²⁸⁵ Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag 19 april 2011, zaaknr. C2010.107, ECLI:NL:TGZCTG:2011:YG1067 en zaaknr. C2010.106, ECLI:NL:TGZCTG:2011:YG1066, hervorming van Regionaal Tuchtcollege Zwolle 18 maart 2010, zaaknr. 171/2008; Regionaal Tuchtcollege Zwolle 18 november 2010, zaaknr. 010/2010, ECLI:NL:TGZRZWO:2010:YG0674 (geen schending van het beroepsgeheim bij het geven van informatie aan de politie in het belang van de patiënte).

¹²⁸⁶ Betreffende zelfstandig verloskundige: Regionaal Tuchtcollege Eindhoven 5 november 2008, zaaknr. 07171a en betreffende O&G verpleegkundige: Regionaal Tuchtcollege Eindhoven 5 november 2008, zaaknr. 07171.

690. Niet meteen een bevallingsverslag opmaken (met de feiten nog vers in het geheugen),¹²⁸⁷ een perineumscheur hechten zonder het rectaal toucher te noteren,¹²⁸⁸ het melden van geweld/kindermishandeling zonder een gedetailleerd dossier (met concrete aanwijzingen erin),¹²⁸⁹ en op het moment van een klacht het dossier nog ‘updaten’¹²⁹⁰ doorstonden de tuchtrechtelijke toetsing niet en gaven aanleiding tot een sanctiemaatregel voor de verloskundige.

691. Het spreekt voor zich dat ook het opbouwen van een vertrouwensrelatie tussen een verloskundige en een patiënte, waarin correcte informatie wordt medegedeeld ook een *conditio sine qua non* is voor een kwaliteitsvolle zorgverlening.¹²⁹¹

B.4. Postnatale zorg

692. Het niet tijdig herkennen bij een baby van de symptomen van een bacteriële infectie,¹²⁹² hyperbilirubinemie (geelzucht),¹²⁹³ een darmobstructie¹²⁹⁴ of een pneumokokkensepsis¹²⁹⁵ werd tuchtrechtelijk niet verantwoord bevonden.

693. Het Centraal Tuchtcollege vond het betreurenswaardig dat de diagnose van een sleutelbeenbreuk bij een baby niet binnen de drie weken na de geboorte via een RX gebeurde, maar schreef dit niet volledig toe aan de verloskundige en legde bijgevolg geen tuchtsanctie op.¹²⁹⁶

¹²⁸⁷ Regionaal Tuchtcollege Den Haag 14 juli 2015, zaaknr. 2013-178a, ECLI:NL:TGZRSGR:2015:95.

¹²⁸⁸ Regionaal Tuchtcollege Zwolle 12 april 2012, zaaknr. 091/2011, ECLI:NL:TGZRZWO:2012:YG1933.

¹²⁸⁹ Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag 15 december 2011, zaaknr. C2011.042, ECLI:NL:TGZCTG:2011:YG1623, bevestiging van Regionaal Tuchtcollege Zwolle 18 november 2010, zaaknr. 100/2009, ECLI:NL:TGZRZWO:2010:YG0675 en zaaknr. 130/2009, 129/2009, 131/2009 en 008/2010.

¹²⁹⁰ Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 13 januari 2009, zaaknr. 08/110V.

¹²⁹¹ Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 5 april 2005, zaaknr. 2004.116, hervorming van Regionaal Tuchtcollege Groningen 29 maart 2004, zaaknr. V2003/01 (vaginaal onderzoek doen tegen de wil van de patiënte, pas gestopt na tussenkomst van een collega); Regionaal Tuchtcollege 's-Gravenhage 1 december 2009, zaaknr. 2008 T 21 (telefonisch gesprek met patiënte, maar zonder haar naam te kennen); Regionaal Tuchtcollege Eindhoven 2 december 2009, zaaknr. 08147b (een gesprek met een patiënte van 45seconden onder tijdsdruk is niet aan te bevelen).

¹²⁹² Regionaal Tuchtcollege Den Haag 15 juli 2014, zaaknr. 2013-139a, ECLI:NL:TGZRSGR:2014:72.

¹²⁹³ Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 4 maart 2014, zaaknr. 2013/146V, ECLI:NL:TGZRAMS:2014:17.

¹²⁹⁴ Regionaal Tuchtcollege Zwolle 12 januari 2012, zaaknr. 257/201,0 ECLI:NL:TGZRZWO:2012:YG1680.

¹²⁹⁵ Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 22 april 2008, zaaknr. 07/262V.

¹²⁹⁶ Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 27 november 2001, zaaknr. 2000.099, bevestiging van Regionaal Tuchtcollege 's-Gravenhage 29 maart 2000.

C. Medisch toezicht

694. Het ‘Geneeskundig Staatstoezicht op de Volksgezondheid’ verving vanaf 1865 de Nederlandse commissies voor geneeskundig toezicht op de beroepsuitoefening van de gezondheidszorgbeoefenaars (waaronder de vroedvrouw).¹²⁹⁷ Doel van het staatstoezicht was het onderzoeken, het bevorderen en het handhaven van de wetten en verordeningen, in het belang van de volksgezondheid. Voor dit toezicht stonden inspecteurs, adjunct-inspecteurs en geneeskundige raden, onder de verantwoordelijkheid van de bevoegde minister, in. De inspecteurs beoordeelden of iemand al of niet volgens de wet bevoegd was de praktijk uit te oefenen, door hun diploma te viseren. De Gezondheidswet van 21 juni 1901 verdeelde het toezicht over vier instanties: de Centrale Gezondheidsraad (leidinggevend), de hoofdinspecteurs van de Volksgezondheid, de inspecteurs van de Volksgezondheid (controleerend) en de lokale gezondheidscommissies (adviserend).¹²⁹⁸ De Gezondheidswet van 27 november 1919 liet de bevoegdheid van de (hoofd)inspecteurs en gezondheidscommissies ongewijzigd, maar creëerde de Gezondheidsraad als algemeen adviesorgaan, dat tot op heden nog steeds actief is.¹²⁹⁹

695. In 1933 doekte de overheid de lokale gezondheidscommissies op om budgettaire redenen.¹³⁰⁰ Het viseren zelf is vervangen door het inschrijven in het BIG-register.¹³⁰¹ Adviezen inzake verloskundige materies liggen binnen de bevoegdheid van de KNOV.

696. Zoals *supra* beschreven bestaat de controlerende bevoegdheid van de Inspectie voor de Gezondheidszorg nog steeds.¹³⁰² Net zoals de Belgische geneeskundige commissie kan de IGZ aangifte doen bij het Openbaar Ministerie bij het vermoeden van een strafbaar feit.¹³⁰³ De IGZ heeft een eigen toezichtsbevoegdheid, maar krijgt vooral meldingen van medische incidenten door zorginstellingen. Op grond van artikel 162 Sv. zijn ambtenaren van de IGZ die in de uitoefening van hun opdracht kennis krijgen van een misdrijf van de opsporing waarmee zij niet zijn belast, verplicht daarvan onverwijld aangifte te doen. De IGZ bepaalt zelf of ze een onderzoek instelt. Als de IGZ daartoe besluit, is dit geen beletsel voor enig strafonderzoek door het Openbaar Ministerie.

697. Naast de inspectie heeft ook het College van Medisch Toezicht (CMT) een controlerende functie. Gelijkaardig met de bevoegdheid van de Belgische geneeskundige commissie kan het CMT, gevestigd te Den Haag, een controle uitvoeren naar de geestelijke of lichamelijke gesteldheid van

¹²⁹⁷ Wet 1 juni 1865 regelende het Geneeskundig Staatstoezicht, *Stb* 1865 no. 58.

¹²⁹⁸ *Stb* 1901 no. 157.

¹²⁹⁹ *Stb* 1919 no. 784; Zie voor meer info R.B.M. RIGTER, *Met raad en daad. De geschiedenis van de gezondheidsraad 1902-1985*, onuitg. proefschrift Geschiedenis Universiteit Amsterdam, 1992, 352 p; <http://www.gezondheidsraad.nl/>.

¹³⁰⁰ C. DE QUAASTENIET, *Inventaris van de archieven van het Geneeskundig Staatstoezicht en zijn taakopvolger, het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, 1865-1920*, Nationaal archief Ministerie van onderwijs, cultuur en wetenschap, archiefinventaris: 2.27.26, 7-8.

¹³⁰¹ www.bigregister.nl.

¹³⁰² Zie randnr. 298-299.

¹³⁰³ Meer info op <http://www.igz.nl/>.

een beroepsbeoefenaar. Vooral drank- en/of drugsmisbruik worden gevisieerd. Een controle gebeurt steeds op voordracht van een inspecteur voor de gezondheidszorg. Na afronding van het onderzoek vindt een hoorzitting plaats, waar getuigen of deskundigen kunnen aanwezig zijn. Het CMT kan beslissen om een zorgverlener uit het BIG-register te verwijderen, gedeeltelijk te ontszeggen om zijn/haar beroep uit te oefenen en/of bijzondere voorwaarden te verbinden aan de beroepsuitoefening.¹³⁰⁴ Het centrale tuchtcollege oordeelt over de zaken in hoger beroep.¹³⁰⁵ Het CMT publiceert zijn beslissingen de dag na de uitspraak in geanonimiseerde vorm.¹³⁰⁶ Ook via het BIG-register kan een sanctie tegen een bepaalde zorgverlener, opgelegd vanaf 1 juli 2012, worden nagegaan.¹³⁰⁷

698. Volgens het jaarverslag van 2014 ontving het CMT in de periode 2009 tot 2014 slechts zes klachten in het totaal.¹³⁰⁸ Drie dossiers werden afgehandeld op 22 mei 2015 betreffende een huisarts met drugsproblemen, een fysiotherapeut met drankmisbruik en een chirurg met psychotische stoornissen.¹³⁰⁹ Met één klacht in 2015,¹³¹⁰ heeft het CMT een vrij bescheiden functie.

699. Het onderzoek naar beslissingen van het CMT ten aanzien van verloskundigen leverde slechts één resultaat op. Het CMT besliste in 2000 tot de doorhaling van de inschrijving van een verloskundige omwille van psychische redenen. De deskundige concludeerde dat de verloskundige aan een psychische stoornis leed, die uitvoerige behandeling vereiste en het uitoefenen van haar beroep niet toegelaten was, voordat deze behandeling positief was afgerond.¹³¹¹

¹³⁰⁴ Art. 79 BIG-wet.

¹³⁰⁵ Art. 80-84 BIG-wet.

¹³⁰⁶ <http://tuchtrecht.overheid.nl>.

¹³⁰⁷ www.bigregister.nl.

¹³⁰⁸ Jaarverslag Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorgen en het College van Medisch Toezicht, 2014, 38.

¹³⁰⁹ A.C. DE DIE, "Drie uitspraken van het College van Medisch toezicht", *GZR Updates Gezondheidsrecht* 2015, 0225.

¹³¹⁰ Jaarverslag Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorgen en het College van Medisch Toezicht, 2015, 38.

¹³¹¹ CMT 22 augustus 2000, bevestigd door Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 29 mei 2001, zaaknr. 2000.257.

IV.2.3. De Franse vroedvrouw voor de tuchtrechter

700. Terwijl de Nederlandse tuchtcolleges over klachten tegen alle BIG-geregistreerde zorgverleners oordelen (geen Orde van verloskundigen), is het een specifieke Orde die tuchtsancties tegen de Franse vroedvrouw uitspreekt. De *Ordre Nationale des sages-femmes* fungeert als advies- en tuchtorgaan. Eén orgaan behartigt (naast de beroepsorganisaties) de belangen van de Franse vroedvrouw, stuurt bij en adviseert in medische topics, reglementeert (opleidingsvereisten, de code en de voorbereiding op wetgeving) en sanctioneert (tucht). Dit systeem staat in schril contrast met de Belgische werkwijze van adviseren en reglementeren, gekenmerkt door versnippering.

A. Procedure bij de *Ordre Nationale des sages-femmes*

701. Zoals *supra* beschreven dateerde de oprichting van de Franse Orde van vroedvrouwen van meteen na de Tweede Wereldoorlog.¹³¹² Initieel was een mannelijke gynaecoloog voorzitter, tot in 1995 een vrouwelijke vroedvrouw de scepter overnam. Dus pas op het einde van de vorige eeuw namen de vroedvrouwen werkelijk de touwtjes in handen *qua* bestuur van de Orde.¹³¹³

702. De Orde van vroedvrouwen, gevestigd in Parijs, bestaat (zoals de Orde van (tand)artsen) uit verschillende organen.¹³¹⁴

703. De *Conseil National* maakt vooral werk van de verdere professionalisering van de vroedvrouw. De uitbreiding van haar bevoegdheden is onlosmakelijk daarmee verbonden. Het *updaten* van de deontologische code valt ook onder zijn bevoegdheid. Binnen de raad zijn juristen werkzaam die vooral op wetgevend vlak voorbereidend werk verrichten, samenwerkingscontracten tussen vroedvrouwen opstellen en een antwoord formuleren op juridische vragen van vroedvrouwen uit het werkveld. De raad fungeert ook als beroepsorgaan (*chambre disciplinaire nationale*) tegen tuchtbeslissingen in eerste aanleg.

704. De *conseils départementaux de l'Ordre des sages-femmes* waken over de inschrijving van elke vroedvrouw op het *tableau* en de reclamevoering van zelfstandige vroedvrouwen over hun praktijk, treden op als bemiddelaar bij conflicten tussen vroedvrouwen inzake de interpretatie van hun samenwerkingsovereenkomst en bij klachten van patiënten. De departementale raad kan ook een tuchtprocedure aanhangig maken bij de tuchtkamer van eerste aanleg. De vijf *conseils interrégionaux de l'Ordre des sages-femmes* zijn vertegenwoordigingsorganen van de beroepsgroep, coördineren de werking van de departementale raden en nemen beslissingen in hoger beroep betreffende de inschrijving van vroedvrouwen op het *tableau*. Indien de toestand van de vroedvrouw of haar onbekwaamheid een risico inhoudt voor de uitoefening van haar beroep (*en cas*

¹³¹² Zie randnr. 199.

¹³¹³ Zie over de geschiedenis van de Ordre des sages-femmes, <http://www.ordre-sages-femmes.fr/ordre/histoire/>.

¹³¹⁴ Art. L.4121-2 – L.4125-5 Code de la santé publique; <http://www.ordre-sages-femmes.fr/ordre/fonctionnement/missions-structures/>.

d'infirmité, d'état pathologique ou d'insuffisance professionnelle rendant dangereux l'exercice de la profession), kunnen de raden een tijdelijke schorsing opleggen. In hun schoot worden de *chambres disciplinaires de première instance* en de *sections des assurances sociales* ingericht, die autonoom oordelen over gevallen van sociale fraude of onregelmatigheden in de aanrekening van prestaties aan de ziekteverzekering door de vroedvrouw.

705. De tuchtkamers van eerste aanleg bestaan uit één raadsheer, afgevaardigd van een administratief rechtscollege en acht vroedvrouwen. Een raadsheer van de Raad van State zit de *chambre disciplinaire nationale* voor, eveneens bijgestaan door acht vroedvrouwen. Een zetel van drie is voldoende om rechtsgeldig te beslissen.¹³¹⁵

706. Elke belanghebbende persoon of organisatie kan een schriftelijke klacht tegen een vroedvrouw indienen bij de bevoegde (waar de vroedvrouw ingeschreven staat) departementale raad, die meteen overgaat tot een verzoeningspoging. Bij het slagen wordt een proces-verbaal van verzoening opgemaakt. Bij geen of een gedeeltelijke verzoening handelt de tuchtkamer de procedure verder af. Zowel de vroedvrouw als de klager mogen op een hoorzitting hun argumenten mondeling toelichten, eventueel bijgestaan door een advocaat.¹³¹⁶

707. De mogelijke sancties zijn: een waarschuwing, een berisping, een tijdelijk of definitief verbod om alle of enkele specifieke bevoegdheden van de vroedvrouw uit te oefenen en ten slotte de schrapping van het *tableau*. Een tuchtsanctie brengt ook het verbod met zich mee in een orgaan van de Orde te zetelen. Naast een tuchtsanctie behoort de oplegging van het volgen van een specifieke vorming ook tot de mogelijkheden.

708. De betrokken partij kan binnen de maand na kennisgeving van de beslissing hoger beroep instellen bij de *chambre disciplinaire nationale*. Tegen een beslissing in hoger beroep staat enkel nog een cassatievoorziening open bij de Raad van State, binnen de twee maanden na kennisgeving.

¹³¹⁵ <http://www.ordre-sages-femmes.fr/ordre/juridictions-ordinales/missions/>.

¹³¹⁶ <http://www.ordre-sages-femmes.fr/ordre/juridictions-ordinales/pre-contentieux/>.

B. Analyse van de tuchtrechtspraak

709. Er bestaat tot op heden geen databank (zoals bij de Franse artsen¹³¹⁷ of naar Nederlands model) van tuchtbeslissingen tegen vroedvrouwen. Een zoekopdracht naar tuchtdossiers, behandeld door de Raad van State leverde slechts vijf resultaten op, dan nog met een zeer beknopt feitenrelaas.

In de meest recente zaak hervormde de nationale kamer in 2015 een schrapping van het *tableau* tot een verbod op uitoefening van het beroep voor één jaar, waarvan acht maanden met uitstel.¹³¹⁸

Een vroedvrouw probeerde tevergeefs haar schrapping van de lijst, aan te vechten door aan de Raad van State een doorverwijzing naar het Grondwettelijk hof te vragen inzake de (on)partijdigheid en (on)afhankelijkheid van de leden van nationale kamer.¹³¹⁹

Steunend op een vonnis van de rechtbank van eerste aanleg van Aubervilliers legde de nationale tuchtkamer een verbod tot beroepsuitoefening voor zes maanden (waarvan vier maanden met uitstel) op wegens het niet correct factureren aan een patiënte voor de geleverde prestaties. De Raad van State besliste tot een partiële cassatie omwille van een gebrekkige motivering in het dispositief van de tuchtbeslissing.¹³²⁰

De nationale raad weigerde tot tweemaal toe de inschrijving van een vroedvrouw, die het niet zo nauw nam met haar administratieve verplichtingen voor de opstart van haar zelfstandige praktijk. De Raad van State wees telkens het verzoek tot schorsing van deze beslissing af.¹³²¹

¹³¹⁷ <http://www.conseil-national.medecin.fr/jurisprudence>.

¹³¹⁸ Conseil d'État 27 februari 2015, N° 376387, ECLI:FR:CESJS:2015:376387.20150227, voorziening tegen Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des sages-femmes 27 januari 2014, zaaknr. 21-01, hervorming van Chambre disciplinaire de première instance du conseil interrégional de l'ordre des sages-femmes du secteur IV 28 maart 2013, zaaknr. 12004 en 12005.

¹³¹⁹ Conseil d'État 24 september 2010, N° 341548, op doorverwijzing van Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des sages-femmes 13 juli 2010, hoger beroep tegen Chambre disciplinaire de première instance du conseil interrégional de l'ordre des sages-femmes du secteur IV 27 oktober 2009.

¹³²⁰ Conseil d'État 30 september 2005, N° 269935, partiële cassatie van Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des sages-femmes 11 mei 2004; Over de definitieve beslissing zijn geen gegevens bekend.

¹³²¹ Conseil d'État 16 januari 2015, N° 387023, ECLI:FR:CEORD:2015:387023.20150116 en 23 april 2014, N° 377779, ECLI:FR:CEORD:2014:377779.20140423, voorziening tegen Conseil national de l'ordre des sages-femmes 1 april 2014, zaaknr. 14-02, vernietiging van Conseil interrégional de l'ordre des sages-femmes du secteur I 18 december 2013, zaaknr. A-2013-03, hervorming van Conseil départemental de l'ordre des sages-femmes de la ville de Paris 19 november 2013; Conseil d'État 23 oktober 2013, N° 372286, ECLI:FR:CEORD:2013:372286.20131023, voorziening tegen Conseil national de l'ordre des sages-femmes 18 december 2012, zaaknr. 03-12, bevestiging van Conseil interrégional de l'ordre des sages-femmes du secteur I 6 september 2012, bevestiging van Conseil départemental de l'ordre des sages-femmes de la ville de Paris 1 februari 2011.

De nationale raad is niet bevoegd om te oordelen in geschillen betreffende de (mogelijke) concurrentie tussen twee vroedvrouwen.¹³²²

710. De analyse van de Nederlandse tuchtdossiers deed al vermoeden dat een tuchtsanctie tegen een gynaecoloog wegens het niet professioneel samenwerken met de vroedvrouw niet uitzonderlijk is. Ook in de Franse tuchtrechtspraak betreffende gynaecologen zijn enkele relevante zaken een toelichting waard.

De nationale tuchtkamer waarschuwde een gynaecoloog-diensthooft voor zijn onprofessioneel gedrag ten aanzien van een vroedvrouw op de materniteit. Hij stelde de capaciteiten van de desbetreffende vroedvrouw na het overlijden van een baby sterk in twijfel, terwijl daar geen reden toe was. Het voorval had een grote (psychologische) impact, vermits de vroedvrouw pas na één jaar arbeidsongeschiktheid deeltijds haar werkzaamheden hervatte.¹³²³

Een gynaecoloog kreeg een verbod tot uitoefening van een jaar (met zes maanden uitstel) voor het niet ingaan op de expliciete vraag van een vroedvrouw om langs te komen bij een patiënte. Pas bij de vierde telefonische oproep kwam hij poolshoogte nemen, laattijdig zo bleek, want zowel moeder als kind overleden.¹³²⁴ In drie gelijkaardige zaken beoordeelde de *chambre disciplinaire nationale* de samenwerking tussen de vroedvrouw en de gynaecoloog wel deontologisch correct. De gynaecoloog gaf telkens gevolg aan de oproep van de vroedvrouw.¹³²⁵

Na een veroordeling wegens onopzettelijke doding, kreeg een gynaecoloog ook een berisping voor het niet adequaat handelen en het gebrekkig samenwerken met de vroedvrouw van dienst. Het betrof een 45-jarige patiënte, die zwanger was na IVF, uitgevoerd in België. Uit het strafdossier bleek dat er discussie was tussen de gynaecoloog en de vroedvrouw over het tijdstip van overleg betreffende de onrustwekkende foetale toestand. De gynaecoloog probeerde nog een kunstverlossing, maar zonder succes. Hij begaf zich naar het operatiekwartier voor een sectio, maar de vroedvrouw riep hem terug,

¹³²² Conseil d'Etat 1 oktober 2004, N° 255916, voorziening tegen Conseil national de l'ordre des sages-femmes 28 januari 2003.

¹³²³ Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins 26 mei 2014, zaaknr. 11854, bevestiging van Chambre disciplinaire de première instance Midi-Pyrénées 14 december 2012, zaaknr. 1204.

¹³²⁴ Conseil d'Etat 13 februari 2013, N° 351835cdn, voorziening tegen Chambre disciplinaire nationale 10 juni 2011, zaaknr. 11014, bevestiging van Chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des médecins de Midi-Pyrénées 7 juli 2010.

¹³²⁵ Chambre disciplinaire nationale 7 januari 2013, zaaknr. 11292, hervorming van Chambre disciplinaire de première instance Languedoc-Roussillon 28 maart 2011 (waarschuwing); Chambre disciplinaire nationale 7 april 2006, zaaknr. 9259, bevestiging van Chambre disciplinaire de première instance Pays de la Loire 16 juni 2005; Chambre disciplinaire nationale 7 april 2006, zaaknr. 9257 en 9256.

gezien de indaling van het foetale hoofdje. De gynaecoloog ging niet akkoord en voerde alsnog een sectio uit. De baby overleed enkele weken na zijn geboorte.¹³²⁶

Hetzelfde lot verging een gynaecoloog die niet het gewenste gevolg gaf aan de onrustwekkende berichten van een vroedvrouw. In weerwil van de visie van de vroedvrouw, die al in discussie lag met de assistent-gynaecoloog, opteerde de gynaecoloog (telefonisch) voor het verderzetten van de arbeid met het oog op een vaginale bevalling. De vroedvrouw liet het daar niet bij en informeerde het diensthoofd, die wel meteen overging tot een spoedsectio en de tweeling (gezond en wel) verlostte.¹³²⁷

Een patiënte diende een klacht in tegen een gynaecoloog wegens het laattijdig interveniëren na foetale nood, met het overlijden van de baby tot gevolg. De gynaecoloog rook onraad en scheurde de CTG-strip af waarop de onregelmatigheden in de foetale hartslag waren geregistreerd. Hij liet tevens het volledige patiëntendossier verdwijnen. Dit was buiten de vroedvrouw gerekend, die meteen na het voorval, een volledige kopie had genomen van het dossier. De tuchtkamer beoordeelde het handelen van de gynaecoloog als zeer onprofessioneel en legde hem een schorsing van drie maanden op.¹³²⁸

C. De *Commission Médicale d'Établissement*

711. Onder het *Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes* functioneert er in de publieke ziekenhuizen ook een *Commission Médicale d'Établissement* (CME), maar die is geenszins vergelijkbaar met de Belgische geneeskundige commissie of het Nederlandse College voor Medisch Toezicht.¹³²⁹ Deze commissie vertegenwoordigt in elke openbaar ziekenhuis het medisch korps en heeft vooral een adviserende functie op organisatorisch vlak, zoals met betrekking tot de werkomstandigheden en het arbeidsreglement van de werknemers. De commissie sanctioneert geenszins.¹³³⁰ Het is van belang dat ze de aandachtspunten in het jaarrapport van de *commission des usagers*,¹³³¹ verantwoordelijk voor het behandelen van klachten van patiënten over de zorgverlening, in rekening brengen.¹³³²

¹³²⁶ Chambre disciplinaire nationale 24 oktober 2005, zaaknr. 9172, bevestiging van Chambre disciplinaire de première instance Provence-Alpes-Côte d'Azur 8 april 2005, na Corr. Nice 28 april 2003.

¹³²⁷ Chambre disciplinaire nationale 24 oktober 2001, zaaknr. 7666.

¹³²⁸ Chambre disciplinaire nationale 3 december 1996, zaaknr. 5468.

¹³²⁹ Oorspronkelijk Décret n° 43-891 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices civils créant les commissions médicales consultatives, *JO* 21 april 1943.

¹³³⁰ J.F. CABON, *Le régime juridique des Commissions médicales des établissements public de santé et des syndicats interhospitaliers*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, november 2001, 192 p, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/cme_guide.pdf.

¹³³¹ Zie uitgebreid hoofdstuk III.2.A.3.

¹³³² Art. L.6144-1, L.6144-2 en R.6144-1 à R.6144-6 *Code de la santé publique*, gewijzigd door Loi n° 2009-879 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, *JO* 22 juli 2009.

BESLUIT

1. Algemeen

712. De verschillende initiatieven tot oprichting van een Belgische Orde van gezondheidszorgbeoefenaars kenden (voorlopig) geen succes. De voorbije vijftien jaar veranderden de politici het geweer vaak van schouder: van het onthouden van enige vorm van tuchtbevoegdheid (alleen een adviserende functie), naar een orde met tuchtbevoegdheid voor alle zorgverleners. Het recentste voorstel van de oprichting van een ‘Hoge Raad voor Beroepsethiek en Ordes van gezondheidszorgberoepen’ is een goede mix van verschillende gedachten. De Hoge Raad (overkoepelend) zou een ruime bevoegdheid krijgen, maar elke beroepscategorie behoudt een zekere appreciatiebevoegdheid om tot de oprichting van een eigen orde over te gaan. Gezien de differentiatie tussen de gezondheidszorgbeoefenaars is het leggen van specifieke klemtonen zeker geen overbodige luxe.

713. Het is aanbevolen voor de analyse van de meerwaarde van een Belgische deontologische code voor vroedvrouwen een kijkje te nemen bij de buurlanden. De Nederlandse versie zet vooral de opbouw van een vertrouwensrelatie tussen de verloskundige en de patiënte in de verf en het respecteren van de expertise van de collega’s. Een verloskundige nagelt een collega niet aan de schandpaal, maar bewandelt de diplomatieke weg. Anderzijds is de openheid over de tuchtsancties wel kenmerkend in het Nederlandse model met een ‘zwarte lijst’ van zorgverleners. Transparantie van het tuchtrecht is zeker een voordeel, maar het is twijfelachtig of dit noodzakelijk is of zelfs enige meerwaarde biedt voor de kwaliteit van de zorgverlening. Een tuchtsanctie beslecht meestal maar één zaak (een momentopname) en schept geen algemeen beeld van de kwaliteit van de beroepsuitoefening van die zorgverlener. Zeer positief aan het Nederlandse systeem is de databank van de overheid die alle tuchtbeslissingen online plaatst, hetgeen meteen zorgt voor een overzicht van alle beroepen die een tuchtregime hebben.¹³³³ Doordat alle beslissingen anoniem gepubliceerd zijn, is evaluatie en wetenschappelijk onderzoek mogelijk.

714. De Franse Code daarentegen is vooruitstrevender dan de Nederlandse Code, die het nogal algemeen houdt. Gedragsregels betreffende het deelnemen aan expertises, het factureren van honoraria en het voorschrijven van medicatie incorporeren in een deontologische code schieten hun doel niet voorbij. De Franse vroedvrouwen hebben in hun regelgeving een antwoord op een breed spectrum van vragen die kunnen rijzen. De orde zet vooral ook in op het informeren en sensibiliseren van hun leden.

¹³³³ <http://tuchtrecht.overheid.nl/nieuw>.

2. De *contra*'s van een Belgisch tuchtorgaan van vroedvrouwen

715. Deontologische regels kunnen nuttig zijn als ze hoogkwalitatieve dienstverlening voor ogen hebben, verstrekt door een beroepsbeoefenaar in 'eer en geweten'. Het tuchtrecht zou er zelden toe komen om het individueel belang van de patiënt te dienen. De interesse van de ordes zou vooral liggen in het regelen van de verhoudingen tussen zorgverleners onderling (verenigingstuchtrecht) en het behoud van het goede imago van een bepaalde beroepsgroep.¹³³⁴

In de bestaande Franse en Nederlandse deontologische codes is er een goede balans tussen de gedragsregels die betrekking hebben op de verhouding patiënt-zorgverlener en de gedragsregels die zorgverleners in hun onderlinge verhoudingen moeten respecteren.¹³³⁵ Ook de *code of ethics* van de ICM, dat de Belgische vroedvrouwen volgen, bewaart dit evenwicht.¹³³⁶ Er bestaat bijgevolg weinig kans dat er bij de vroedvrouwen sprake zou zijn van een eng verenigingstuchtrecht.

Het streven naar een (te) goed imago kan inderdaad negatief zijn, als dit neerkomt op het afdoen van de beperkingen van het beroep als *négligeable*. Een orde van vroedvrouwen zou mogen streven naar de rol van de vroedvrouw als dé sleutelfiguur in de normale verloskunde, maar zou niet mogen pretenderen dat de expertise van de vroedvrouw alle problematieken binnen de moeder-kindzorg dekt. In het kader van het belang aan multidisciplinaire zorg mag de vroedvrouw de expertise van de huisarts, de verpleegkundige bij Kind en Gezin, de psycholoog/psychotherapeut bij de geestelijke ondersteuning van de zwangere/bevallende vrouw en vooral de gynaecoloog bij het breed spectrum aan pathologische situaties niet onderschatten.

716. In de Belgische wetsontwerpen tot oprichting van ordes van de gezondheidszorgberoepen kwamen enkele negatieve punten van een orde aan bod, zoals het gevaar van syndicale overheersing en de mogelijke afbuiging van deontologie in de richting van belangenverdediging. Oorzaak van deze vrees was het feit dat dezelfde artsen vroeger zowel deelnamen aan de zitting van de nationale raad van de Orde van Artsen als aan de beraadslagingen van de raden van beroep. Sinds midden jaren 1990 is dit niet meer het geval. De normerende bevoegdheid van de orde is nu gescheiden van de tuchtrechtelijke bevoegdheid.¹³³⁷

Zonder een transparante kiesprocedure, die een democratische verkiezing van de leden van een tuchtorgaan regelt, kan er inderdaad sprake zijn van een overheersing van een bepaalde politieke strekking binnen één orgaan. Het inbouwen van onverenigbaarheden tussen het adviesorgaan en het tuchtorgaan is ook een belangrijke voorwaarde. Er moet vermeden

¹³³⁴ E. DE GROOT, *Een effectief tuchtrecht voor gezondheidszorgberoepen*, 155.

¹³³⁵ Zie randnr. 620-21 en 625.

¹³³⁶ Zie randnr. 617.

¹³³⁷ E. DE GROOT, *Een effectief tuchtrecht voor gezondheidszorgberoepen*, 156.

worden dat zoals vroeger bij de Orde van Artsen, bepaalde leden een ‘dubbele pet’ op hebben. Men kan natuurlijk moeilijk verhinderen dat veel kandidaten er dezelfde politieke ideologie op nahouden. Dit kan enerzijds zorgen voor veel eensgezindheid binnen het orgaan, maar dit kan er ook voor zorgen dat de minderheidsgroep volledig aan de kant wordt geschoven. Voorzien in de statuten dat bepaalde beslissingen (bijv. zwaarste tuchtsanctie opleggen) met eenparigheid van stemmen (unanimiteit) worden genomen, kan het gevaar voor syndicale overheersing verminderen.

Het verdedigen van de belangen van een beroepsgroep hoeft niet negatief te zijn. Dit kan immers een uitholling van het beroep voorkomen en opportuniteiten verzilveren. Er moet wel kritisch worden gekeken naar belangenvermenging en het verdedigen van de belangen uit puur financiële overwegingen, los van het welzijn van de patiënten. Het al dat niet toelaten dat vroedvrouwen vaccineren, is hiervan een treffende illustratie. De weigering van de artsen om hun vaccinatierondes af te staan, was gestoeld op het financiële aspect van de prestatie.

717. E. De Groot somt nog andere negatieve kanten op van de bestaande ordes in de gezondheidszorg (vooral de Orde van Artsen wordt bedoeld): gebrek aan openbaarheid van de zittingen en de tuchtbeslissingen, gebrek aan duidelijke procedureregels (geen verjaringstermijn), te weinig onafhankelijkheid en onpartijdigheid van de tuchtrechters, geen eenheid van rechtspraak en geen mogelijkheid om een eerherstel te bekomen na een schorsing of schrapping.¹³³⁸

Het recentste wetsvoorstel tot oprichting van een Hoge Raad voor Beroepsethiek en Ordes van gezondheidszorgberoepen focust op het wegwerken van deze kritieken door onder meer te voorzien in transparantie in de tuchtbeslissingen, onverenigbaarheden tussen leden van een normerend orgaan en een tuchtorgaan, de openbaarheid van zittingen, een verjaringstermijn voor een tuchtprocedure en eerherstel.¹³³⁹ Het functioneren van een orde van vroedvrouwen met deze waarborgen, geniet natuurlijk de voorkeur. In dit kader past de vergelijking met de Orde van Advocaten.

Bij de Orde van Advocaten hebben vooral bovenvermelde punten van kritiek in 2005 geleid tot het wetsvoorstel ter hervorming van de tuchtprocedure.¹³⁴⁰ Er was nood aan de professionalisering van de bestaande tuchtraden, niet enkel om het klachtrecht van de cliënt te versterken, maar vooral om het partijdigheidsgevoel weg te werken. Door bovendien minder tuchtraden in te richten, beoogde de Orde van Advocaten een meer ervaren tuchtcollege te installeren, wat ook de eenheid van de tuchtbeslissingen positief zou

¹³³⁸ E. DE GROOT, *Een effectief tuchtrecht voor gezondheidszorgberoepen*, 158-160.

¹³³⁹ Zie randnr. 643-646.

¹³⁴⁰ Wetsvoorstel tot wijziging van het Gerechtelijk Wetboek met betrekking tot de tuchtprocedure voor de leden van de balie, *Parl. St. Kamer* 2004-2005, nr. 51K1724/001.

beïnvloeden. De wet van 21 juni 2006 betreffende de hervorming van de Orde van Advocaten kwam tegemoet aan deze bezwaren.¹³⁴¹

Van een databank met geanonimiseerde tuchtbeslissingen is geen sprake. De Orde van Vlaamse balies of de *Ordre des barreaux francophones et germanophone* kan wel, indien ze dit nuttig acht, de tuchtbeslissing geheel of gedeeltelijk anoniem bekendmaken.¹³⁴²

Ook de thematiek van het eerherstel kreeg wel de nodige aandacht in de nieuwe wetgeving. Lichtere tuchtstraffen worden van rechtswege uitgewist na een periode van zes jaar te rekenen van de uitspraak. In geval van een schorsing kan de advocaat zes jaar na de uitspraak om een eerherstel verzoeken. De raad van de Orde van de balie, waartoe de geschrapte advocaat behoorde, kan een positief advies verlenen, waardoor de advocaat zijn heropname kan vragen. Dit kan slechts na verloop van tien jaar na de schrapping en enkel indien “buitengewone omstandigheden het wettigen”.¹³⁴³

Ook van een verjaringstermijn in de tuchtprocedure is werk gemaakt. “Op straffe van verjaring wordt de tuchtprocedure ingesteld binnen twaalf maanden te rekenen van de kennisneming van de feiten door de tuchtrechtelijke autoriteit die bevoegd is om die procedure op gang te brengen.”¹³⁴⁴

Tenzij in bepaalde omstandigheden (bijvoorbeeld om de belangen van een betrokken minderjarige niet te schenden), is de openbaarheid van zitting de regel.¹³⁴⁵

3. De *pro*'s van een Belgisch tuchtorgaan van vroedvrouwen

718. Rekening houdend met de waarborgen in het recentste wetsvoorstel, die de voornaamste bezwaren in de kiem smoort, biedt de oprichting van een Belgische orde van vroedvrouwen zeker een meerwaarde. Deze situeert zich zowel op het gebied van de organisatie van het beroep als op het gebied van kwaliteitsverbetering van de zorg.

Een niet te onderschatten voordeel van een orde is de centralisatie van de organisatie van de beroepsuitoefening (advies, administratie, deontologie en tucht). De huidige situatie bij

¹³⁴¹ Wet 21 juni 2006 tot wijziging van een aantal bepalingen van het Gerechtelijk Wetboek met betrekking tot de balie en de tuchtprocedure voor haar leden, *BS* 20 juli 2006.

¹³⁴² Art. 461, §2 lid 4 Ger. W. Bekendmaking gebeurt in het ledenmagazine en/of per elektronische nieuwsbrief.

¹³⁴³ Art. 472 Ger. W.

¹³⁴⁴ Art. 474 Ger. W.

¹³⁴⁵ Art. 459, §2 Ger. W.

de Belgische vroedvrouwen munt uit in versnippering met de FRVV als adviesorgaan in alle problematieken die vroedvrouwen aanbelangen, de Erkenningscommissie als administratief orgaan inzake bijvoorbeeld goedkeuring van vormingen en buitenlandse diploma's, de FOD Volksgezondheid voor de aflevering van een visum en de provinciale commissies, die geenszins de bevoegdheid hebben om het beleid van een vroedvrouw bij te sturen. Deze versnippering is ook bij andere gezondheidszorgberoepen aanwezig, zoals de verpleegkundigen, de kinesitherapeuten en de paramedici. Ongetwijfeld ziet niet elke zorgverlener nog de bomen door het bos, zeker niet wat betreft de beroepsorganisatie van collega's met een andere expertise. Het overzicht bewaren is cruciaal, gezien de multidisciplinaire samenwerking net aan belang toeneemt in de huidige complexe zorgverlening. Let wel, er moet een duidelijk onderscheid zijn tussen de verschillende bevoegdheden van de organen binnen de orde. Er mag geen verstrengeling zijn tussen de tuchtrechtspraak en de deontologie, één van de punten van kritiek in het verleden op de bestaande Orde van geneesheren. De oprichting van een corporatistisch orgaan is uit ten boze. Het verdedigen van de belangen van de beroepsgroep en het bewaken van de kwaliteit van de zorgverlening moeten aparte doelstellingen zijn, die duidelijk van elkaar te onderscheiden organen beogen. Dit idee zet zich voort in de samenstelling van de leden van de verschillende organen, waarbij 'dubbele zitjes' uitgesloten moeten zijn door onverenigbaarheden in de regelgeving in te bouwen.

Een Belgische patiënte die geen schade heeft geleden, maar die zich wel ernstige vragen stelt over het beleid en/of de informatie van de vroedvrouw tijdens haar bevalling, kan haar ongenoegen nu niet uiten, tenzij tegen de vroedvrouw zelf. Ook een collega-zorgverlener die bepaalde beleidskeuzes van een vroedvrouw in twijfel trekt, omdat ze volgens haar niet wetenschappelijk te verantwoorden zijn, vangt nu bot. Als patiënte of als zorgverlener de problematiek aankaarten met de desbetreffende vroedvrouw zal vermoedelijk weinig veranderen in het beleid van de vroedvrouw. Het is geloofwaardig dat een beslissing van een orde, waarbij het gevoerde beleid werd geëvalueerd door collega-vroedvrouwen, een grotere positieve impact zal hebben op het toekomstige beleid en bijgevolg de kwaliteit van zorg. Een orde kan ook werkelijk sanctioneren als blijkt dat het formuleren van een aanbeveling zijn effect mist.

Een orde van vroedvrouwen zou ook een juridisch platform kunnen bieden voor goede initiatieven van de beroepsorganisaties van vroedvrouwen, die nu geen juridische onderbouw hebben. Binnen deze initiatieven ligt de focus op een goede praktijkvoering binnen een georganiseerd zorgaanbod.

Sinds begin 2016 kan een vroedvrouw die postpartumzorg verricht van de VBOV het '*good practice logo*' bekomen. Het logo beoogt een kwaliteitslabel te zijn voor postnatale zorg, uitgevoerd door vroedvrouwen die via een "op evidentie

gebaseerde leidraad”, zijnde de aanbevelingen inzake ‘Goede praktijkvoering voor de postnatale zorg’ hun prestaties verrichten.¹³⁴⁶ Alleen vroedvrouwen die lid zijn van de VBOV en van een erkende vroedvrouwenkring kunnen het label verkrijgen.¹³⁴⁷ De vroedvrouw mag het logo op al haar administratieve documenten (zoals verwijsbrieven, website) gebruiken en krijgt een vermelding op de site van de VBOV op de lijst van de leden-vroedvrouwen. Om de vier jaar kan de vroedvrouw de verklaring hernieuwen. De VBOV geeft het label te goeder trouw, dus heeft ze steeds het recht om het logo af te nemen, maar een procedure is daarvoor niet voorzien.¹³⁴⁸ Voor het verkrijgen van het logo moet de vroedvrouw een engagementsverklaring ondertekenen dat ze de aanbevelingen zal volgen. In dat engagement verklaart de vroedvrouw ook op eer dat ze onder meer (belangrijk in het kader van de deontologie):

- “De deontologische regels van haar/zijn beroep volgt en de internationale ethische code voor vroedvrouwen, opgesteld door het ICM, onderschrijft;
- De internationale gedragscode i.v.m. het op de markt brengen van vervangmiddelen voor moedermelk respecteert.
- Een burgerlijke aansprakelijkheidsverzekering heeft die voldoet aan de verstrekte zorgen”.¹³⁴⁹

Midden 2016 ontwierp de VBOV ook een bemiddelingsprocedure voor meldingen, van onder meer patiënten en collega-zorgverleners, van ontevredenheid over de geboden zorg van een vroedvrouw-lid. Het doel van de bemiddelingsprocedure is het vermijden van gerechtelijke procedures. Om een melding te maken vult de klager het online meldingsformulier in op de site van de VBOV.¹³⁵⁰ Anonieme klachten krijgen geen gevolg. In eerste instantie poogt de VBOV via een telefonisch contact met de klager en de vroedvrouw de plooiën glad te strijken. Indien dit niet volstaat, onderzoekt een onafhankelijke bemiddelingscommissie, bestaande uit een lid van het dagelijks bestuur van de VBOV, een afgevaardigd lid van de raad van bestuur van de VBOV en indien nodig een juridisch expert, de melding. Vervolgens vindt een rondetafelgesprek plaats, met als doel de dialoog tussen beide partijen te herstellen. De bemiddelingscommissie kan ook een aanbeveling formuleren ter optimalisatie van

¹³⁴⁶ VBOV, *Goede praktijkvoering voor de postnatale zorg. Aanbevelingen voor vroedvrouwen*, maart 2016, 101 p; <http://www.vroedvrouwen.be/nl/aanbevelingen-good-practice-postnatale-zorg>.

¹³⁴⁷ “De vroedvrouwenkringen bestaan uit vroedvrouwen en leden van vroedvrouwpraktijken die zich geografisch binnen een duidelijk omschreven regio bevinden, met als doel intercollegiaal overleg mogelijk te maken, de banden te versterken tussen vroedvrouwen en een draagvlak te bieden naar interdisciplinair overleg”; De VBOV ontwierp hiervoor een huishoudelijk reglement; <http://www.vroedvrouwen.be/nl/vroedvrouwenkringen>.

¹³⁴⁸ <http://www.vroedvrouwen.be/nl/good-practice-logo>.

¹³⁴⁹ Engagementsverklaring, VBOV, http://www.vroedvrouwen.be/sites/default/files/engagementsverklaring_0.pdf.

¹³⁵⁰ <http://www.vroedvrouwen.be/nl/online-meldingsformulier>.

de praktijkvoering van de vroedvrouw. Slaagt de bemiddeling niet, dan informeert de commissie de klager over de juridische mogelijkheden.¹³⁵¹ Begin 2017 werd ik als juriste gevraagd om in het kader van deze procedure een rondetafelgesprek bij te wonen. De melding betrof vooral het te weinig bereikbaar zijn en het te weinig overleg plegen met collega-zorgverleners. De vroedvrouw kreeg de aanbeveling om haar engagement in het kader van het ‘good practice logo’ na te komen, nl. het organiseren van de zorg zodat een patiënte 24u/24u een vroedvrouw kan bereiken.

719. De FRVV is *pro* een Belgische deontologische code en orde, maar de werkelijke ontwikkeling ervan staat nog in zijn kinderschoenen. Voor de modaliteiten van de orde kan het recentste wetsvoorstel zeker dienen, met de waarborgen van onpartijdigheid en gemeenschappelijke procedureregels voor alle ordes van gezondheidszorgberoepen. Een eigen tuchtorgaan met een transparant beleid is een belangrijke troef. Gezien de extra pluspunten van de Franse code kan deze zeker als inspiratiebron dienen voor de redactie van de Belgische deontologische code voor vroedvrouwen.¹³⁵²

¹³⁵¹ Bemiddelingsprocedure, VBOV, <http://www.vroedvrouwen.be/nl/bemiddelingsprocedure>.

¹³⁵² Zie verder Besluit met toekomstperspectieven, randnr. 855-860.

Hoofdstuk V: Conclusies van de rechtspraakanalyse en hun implementatie

720. De onderzoeksresultaten van dit proefschrift lagen aan de basis van de redactie van ‘gezondheidsrechtelijke aanbevelingen’ inzake verloskundige problematieken en de gedragscode voor zorgverleners bij confrontatie met een verloskundig incident. De aanbevelingen en de gedragscode leggen de brug tussen (principes uit) het gezondheidsrecht en de verloskundige praktijk.¹³⁵³

V.1. CONCLUSIES VAN DE RECHTSPRAAKANALYSE

721. De rechtspraakanalyse van de verloskundige dossiers legde de valkuilen van medische aansprakelijkheid voor de vroedvrouw en de gynaecoloog bloot. Het zwaartepunt van de aansprakelijkheid in de verloskunde blijkt op de (mis)interpretatie van foetale monitoring te liggen, kort gevolgd door de miskennen van de symptomen van een uterusruptuur en een *solutio placentae*. Ook het bepalen van de risico's op en het beleid bij schouderdystocie, staan soms ter discussie. Ten slotte blijkt het niet goed communiceren op interdisciplinair niveau, desgevallend op basis van een te summier ingevuld patiëntendossier, een voorbode te zijn voor schadegevallen en aansprakelijkheid.

722. De theoretische actiepunten, samengevat in het acroniem Create Life, dat staat voor ‘*Cardiotocography* noodzaakt *LIFElong learning*’, ‘*REcognize pathology*’, ‘*Act*’ en ‘*TEamwork*’ kwamen hieraan tegemoet.¹³⁵⁴

723. In navolging van deze actiepunten leek het bijzonder opportuun om in samenspraak met het werkveld gezondheidsrechtelijke aanbevelingen betreffende die thema's op te stellen (zie V.2), teneinde de kans op schadegevallen en aansprakelijkheid te verminderen.

724. Er werd tevens een gedragscode opgesteld (zie V.3.), een soort van stappenplan dat zorgverleners kunnen volgen na confrontatie met een medisch incident, al dan niet gevolgd door een klacht.

¹³⁵³ M. EGGERMONT, “Gezondheidsrechtelijke aanbevelingen binnen de verloskunde inzake foetale monitoring, uterusruptuur, *solutio placentae*, schouderdystocie en teamwork op basis van het patiëntendossier” en “Gedragscode omgaan met een incident binnen de verloskunde” in M. EGGERMONT (ed.), *Verloskunde in beweging III: de kracht van consensus*, Antwerpen, Intersentia, 2016, 135-213.

¹³⁵⁴ Zie randnr. 611.

V.2. GEZONDHEIDSRECHTELIJKE AANBEVELINGEN

V.2.1. Algemene situering in de context van patiëntveiligheid

725. Het in kaart brengen van de risico's op schadegevallen (door analyse van medische incidenten) binnen een specifieke tak van de geneeskunde en vooral het formuleren van aanbevelingen om deze risico's te reduceren en dus medische incidenten te voorkomen, neemt sinds het begin van de 21^{ste} eeuw aan belang toe.

726. De Wereld Gezondheidsorganisatie definieert patiëntveiligheid als “*the reduction of risk of unnecessary harm associated with healthcare to an acceptable minimum. An acceptable minimum refers to the collective notions of given current knowledge, resources available and the context in which care was delivered weighed against the risk of non-treatment or other treatment*”.¹³⁵⁵

727. Het was het Amerikaanse *Institute of Medicine* dat met zijn rapport *To Err is Human: Building a Safer Health System* (2000) het bewustzijn over patiëntveiligheid en de feilbaarheid van de gezondheidszorg aanwakkerde.¹³⁵⁶ De geleverde zorg is immers niet altijd veilige zorg. Het voorkomen van vermijdbare incidenten en ongewenste effecten van zorg (*adverse events*) is een belangrijk opdracht van (het management) van de ziekenhuizen en de individuele zorgverleners. De gezondheidszorg is complex en de kans op fouten in de vorm van vermijdbare incidenten met schade voor de patiënten is reëel. Het *Institute of Medicine* stelde in dit rapport dat vermijdbare incidenten één van de belangrijkste doodsoorzaken waren in de Verenigde Staten. In Nederland bijvoorbeeld werd in 2004 de vermijdbare mortaliteit bepaald op 1735 patiënten per jaar of 4.1%. De hoofdoorzaken en preventiemogelijkheden lagen vooral op het gebied van medisch professioneel handelen en patiëntgerelateerde factoren, minder bij organisatorische factoren.¹³⁵⁷ In België werd op basis van ontslagdata van alle ziekenhuizen voor het jaar 2000, de prevalentie van *adverse outcomes* vastgesteld van 6,3% tot 7,1% bij respectievelijk internistische en heekundige opnames.¹³⁵⁸

¹³⁵⁵ World Health Organisation, *World Alliance for Patient Safety. The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety*, 2009, 15.

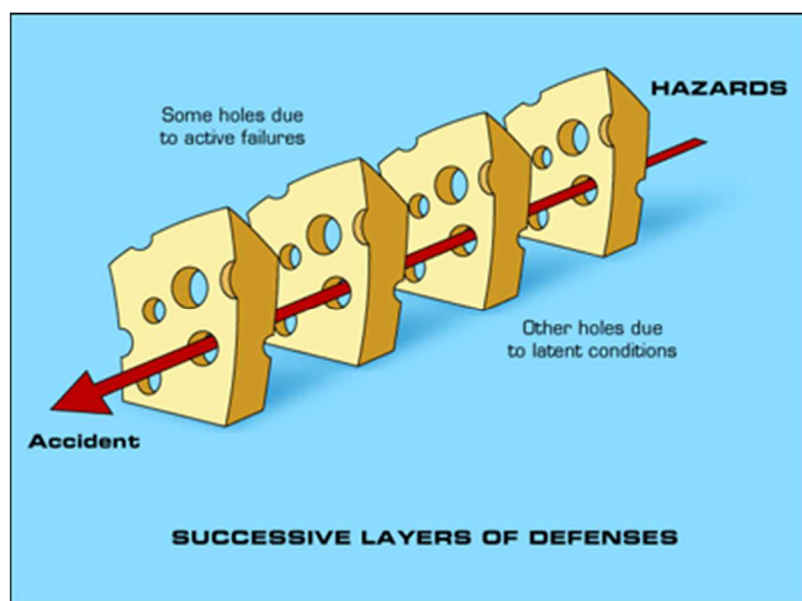
¹³⁵⁶ Institute of Medicine, *To Err is Human: Building a Safer Health System*, Washington DC, National Academy Press, 2000; A. MOKDAD, J. MARKS, D. STROUP en J. GERBERDING, “Actual Causes of Death in the United States”, *JAMA* 2000, afl. 291, 1238-1245.

¹³⁵⁷ M.C. DE BRUIJNE, M. ZEGERS, L.H.F. HOONHOUT, C. WAGNER, *Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen. Dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004*, Amsterdam en Utrecht, EMGO Instituut en NIVEL, 2007, 33 en 62.

¹³⁵⁸ K. VAN DEN HEEDE, W. SERMEUS, L. DIYA, E. LESAFFRE en A. VLEUGELS, “Adverse outcomes in Belgian acute hospitals: retrospective analysis of the national hospital discharge dataset”, *Int J Qual Health Care* 2006, 211-219.

728. De Wereld Gezondheidsorganisatie stelde in het rapport *World Alliance for Patient Safety* (2004) dat onder meer menselijk falen een oorzaak is van incidenten: “*Adverse events may therefore result from problems in practice, products, procedure or systems. Current conceptual thinking on the safety of patient places the prime responsibility for adverse events on deficiencies in system design*”.¹³⁵⁹ Dit laatste slaat op de systeembenadering van menselijk falen, ontwikkeld door James Reason. Het uitgangspunt hierbij is dat mensen kunnen falen en dat handelingen met ongewenste effecten binnen de verwachtingen liggen. Een systeembenadering houdt rekening met de potentiële kans tot menselijk falen en tracht de gebreken in de organisatie op te sporen en te verbeteren.¹³⁶⁰ Een individuele benadering van het menselijk falen is een eenzijdige, te beperkte benadering die zich louter focust op de fouten van de persoon.¹³⁶¹

729. Wanneer we aannemen dat missen menselijk is in een organisatorische en technische context, dan zijn feedback- en controlemechanismen noodzakelijk. Deze mechanismen kunnen technisch zijn of afhangen van het menselijk handelen. Bij een incident falen deze mechanismen op verschillende momenten en veroorzaken ze een ongewenst resultaat. Reason illustreert dit falen aan de hand van het ‘Zwitserse Kaas Model’:



“In an ideal world each defensive layer would be intact. In reality, however, they are more like slices of Swiss cheese, having many holes – though unlike in the cheese, these holes are continually opening, shutting and shifting their location. The presence of holes in any one ‘slice’ does not normally cause a bad outcome. Usually, this can happen only when the holes in many layers

¹³⁵⁹ World Health Organisation, *World Alliance for Patient Safety. Forward programme 2005*, 2004, 3.

¹³⁶⁰ J. REASON, “Human error: models and management”, *British Medical Journal* 2000, 768-770.

¹³⁶¹ J. HELLINGS en A. VLEUGELS, “Patiëntenveiligheid in het ziekenhuis. I. Context en begrippen”, *TvG* 2007, 746.

*momentarily line up to permit a trajectory of accident opportunity – bringing hazards into damaging contact with victims”.*¹³⁶²

730. Om aan deze problematiek tegemoet te komen wordt de laatste jaren veel aandacht besteed aan *clinical risk management* (CRM), zijnde “een geheel van concepten, methoden en technieken bedoeld om de kans op vermijdbare ongewenste resultaten van zorg maximaal te verminderen”. CRM beoogt de risico’s op schade, die specifiek zijn voor en het gevolg zijn van het contact van de patiënt met de gezondheidszorg, te verlagen.¹³⁶³ Volgens de Wereld Gezondheidsorganisatie omvat het begrip *safety and risk management* “activities or measures taken by an individual or a health care organization to prevent, remedy or mitigate the occurrence or reoccurrence of a real or potential patient)safety event”.¹³⁶⁴

731. Heel belangrijk bij CRM is de ontwikkeling van een incidentmeldsysteem binnen de zorginstelling. Onder de impuls van de *Health Foundation* van Groot-Brittannië, werd een grootschalige literatuurstudie verricht naar het bewijs van de effectiviteit van detectie, verbeteracties en acties om risico’s te verminderen in het garanderen van patiëntveiligheid. Uit het rapport *Safety and risk management in hospitals* (2009) bleek dat multidisciplinaire rondes bij patiënten, het overleggen aan het bed van de patiënt en het beslissen in team (*team decision-making*) positieve invloed hebben op het vermijden van schade. Maar vooral een rapporteringssysteem of incidentmeldsysteem doet de kansen op ongewenste effecten significant dalen.¹³⁶⁵

732. De fundamentele principes van een dergelijk meldsysteem zijn volgens de Wereld Gezondheidsorganisatie: het systeem moet gericht zijn op het leren uit gemaakte fouten of incidenten, zorgverleners moeten veilig tot een incidentenmelding (d.w.z. zonder sanctie) kunnen overgaan en de gegevens moeten geanalyseerd worden met het oog op het opstellen van aanbevelingen voor de praktijk.¹³⁶⁶

733. Ook de Belgische overheid zet in op het garanderen van patiëntveiligheid in de gezondheidszorg, zowel intra- als extramuraal. De ontwikkeling van een op patiëntveiligheid gerichte cultuur binnen de volledige organisatie is hiervoor belangrijk. In zijn tweede meerjarige programma (2013-2017), dat een verderzetting is van het eerste meerjarige programma (2007-2012), beoogt de FOD Volksgezondheid de individuele zorgverleners en zorginstellingen te sensibiliseren voor het belang van patiëntveilige zorg. De focus ligt hierbij op veiligheidsmanagement, leiderschap en communicatie binnen een team en het garanderen van

¹³⁶² J. REASON, “Human error: models and management”, *British Medical Journal* 2000, 768-770.

¹³⁶³ J. HELLINGS en A. VLEUGELS, “Patiëntveiligheid in het ziekenhuis. I. Context en begrippen”, *TvG* 2007, 747.

¹³⁶⁴ World Health Organisation, *World Alliance for Patient Safety. The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety*, 2009, 17.

¹³⁶⁵ M. DÜCKERS, M. FABER, J. CRUIJSBERG, R. GROL, L. SCHOONHOVEN en M. WENSING, *Safety and risk management in hospitals*, December 2009, The Health Foundation, Londen, December 2009, 19-20.

¹³⁶⁶ World Health Organisation, *World Alliance for Patient Safety. Forward programme 2005, 2004*, 23.

patiënt en familie *empowerment*. Naast de aanbevelingen in het meerjarige programma biedt de FOD ook workshops, opleidingen en symposia aan inzake patiëntveiligheid.¹³⁶⁷ In het specialisme chirurgie beveelt de overheid ook aan om te werken met de *surgical safety checklist*, opgesteld door de WHO in 2009.¹³⁶⁸ Dit is eigenlijk een vragenlijst waarin zowel de verpleegkundige/vroedvrouw, de anesthesist als de chirurg verschillende vragen moeten beantwoorden naargelang de fase van de ingreep (voor de anesthesie, voor het openen van de huid en voor het verlaten van de operatiezaal), zodanig dat de ingreep zonder ongewenste effecten verloopt.

734. Voor de FOD maakt ook het hebben van een ‘patiëntveiligheidsmanagementsysteem’ deel uit van het garanderen van veilige zorg. Een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) is essentieel voor risico-inventarisatie, de analyse van incidenten en verwikkelingen, uitbouw van feedback- en controlemechanismen en de ontwikkeling van een veiligheidscultuur bij alle zorgverleners.¹³⁶⁹ Vanaf 2010 werd aan de ziekenhuizen expliciet gevraagd om een ziekenhuisbreed meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten (met geen schade aan de patiënt) te ontwikkelen en te implementeren. Belangrijk bij het meldsysteem is de classificatie van incidenten volgens de *International Classification for Patient Safety* van de Wereld Gezondheidsorganisatie.¹³⁷⁰

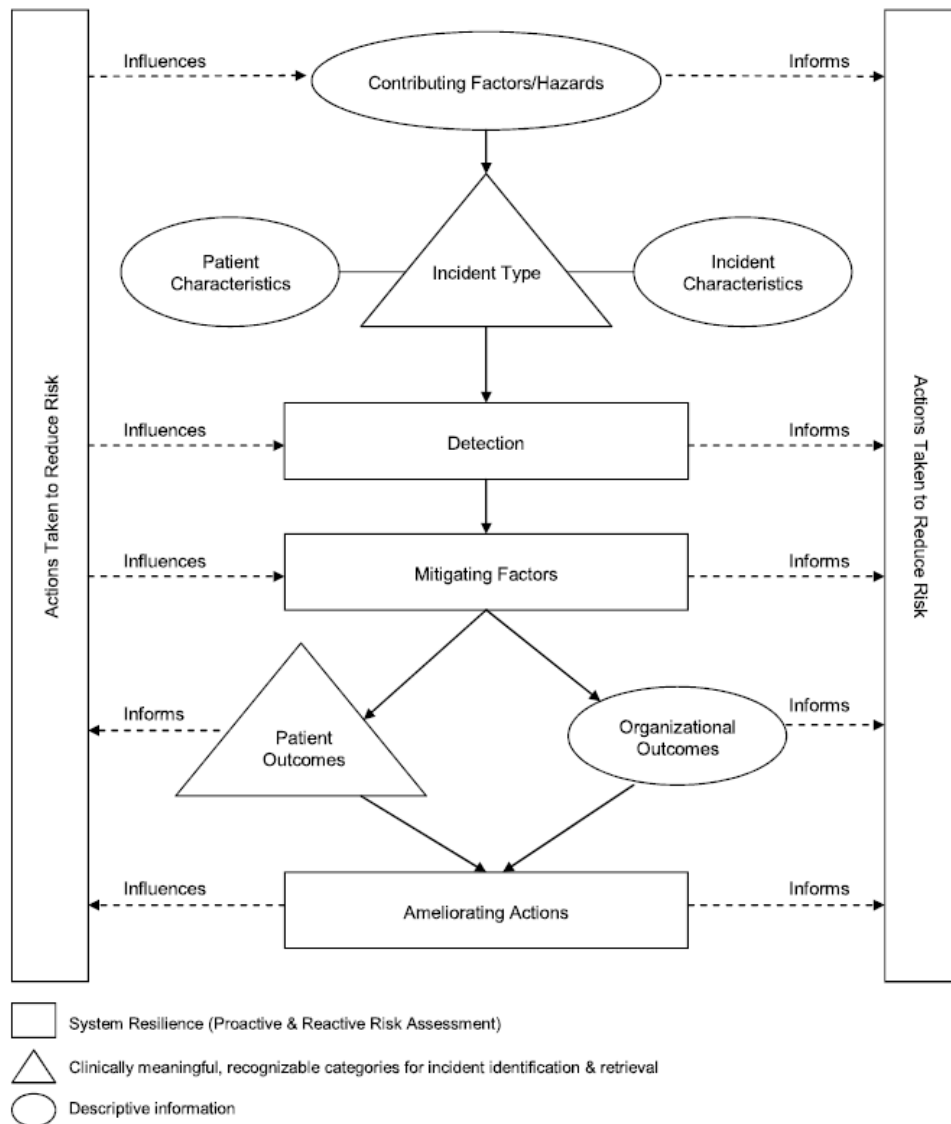
¹³⁶⁷ <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/kwaliteit-van-zorg/patientveiligheid/tweede-meerjarige>.

¹³⁶⁸ https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/checklist_wgo.pdf.

¹³⁶⁹ J. HELLINGS en A. VLEUGELS, “Patiëntveiligheid in het ziekenhuis. I. Context en begrippen”, *TvG* 2007, 748.

¹³⁷⁰ World Health Organisation, *World Alliance for Patient Safety. The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety*, 2009, 7-8; R. THOMSON, P. LEWALLE, H. SHERMAN, *et al.*, “Towards an International Classification for Patient Safety: a Delphi survey”, *Int J Qual Health Care* 2009, 9-17.

The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety



Bron: World Health Organisation, *World Alliance for Patient Safety. The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety*, 2009, 7.

735. Rekening houdend met de taxonomie van de Wereld Gezondheidsorganisatie bepaalde de federale werkgroep patiëntveiligheid een minimale dataset, omdat het niet steeds vereist is om elk incident met de tien hoofdklassen te coderen. Van elk incident worden minstens het incidenttype, de incidentkarakteristieken (o.a. plaats van het incident), de gevolgen voor de patiënt (ernstgraad)

en de gevolgen voor de organisatie gecodeerd.¹³⁷¹ Binnen het meldsysteem gaat de aandacht ook uit naar retrospectieve incidentanalyse, gebaseerd op het blootleggen van de ‘onvoldoendes’ in het systeem waarbinnen de zorgverleners functioneren. Ten slotte ondersteunt de overheid ook het opstarten van proactieve risicoanalyses, om potentiële incidenten te detecteren en in de kiem te smoren.¹³⁷²

736. Hoewel er zowel internationaal als nationaal veel werk verricht is, blijft patiëntveiligheid een uitdaging voor de zorg in de toekomst.¹³⁷³

V.2.2. Specifieke situering in de context van veilige verloskundige zorg

737. De ontwikkeling van gezondheidsrechtelijke aanbevelingen inzake foetale monitoring, uterusruptuur, *solutio placentae*, schouderdystocie en teamwork op basis van het patiëntendossier is een initiatief van de werkgroep *Create Life*, bestaande uit vooral gynaecologen en vroedvrouwen.¹³⁷⁴

738. Het doel van deze gezondheidsrechtelijke aanbevelingen is het verhogen van de consensus binnen de verloskunde, met het oog op het minimaliseren van de kans op een schadegeval en aansprakelijkheid. De impact van een gerechtelijke procedure is immers groot. De financiële, materiële en morele schade bij het slachtoffer en diens verwanten (*first victims*) zijn vaak niet te overzien. Ook de betrokken zorgverlener (*second victim*) zelf ondervindt negatieve gevolgen. Uit een Belgisch-Britse studie (2015) blijkt dat artsen tijdens en na een gerechtelijke procedure depressieve klachten en angsten kunnen ervaren. Bovendien schuilt het gevaar van *defensive medicine* om de hoek, omdat velen uit angst voor een procedure hun medisch handelen aanpassen.¹³⁷⁵

¹³⁷¹ FOD Volksgezondheid, Handleiding voor het gebruik van de taxonomie in de Belgische ziekenhuizen, November 2010, 9; De overige hoofdklassen patiëntkarakteristieken, versterkende factoren, verzachtende factoren, detective, verbeteracties en acties om het risico te beperken zijn facultatief.

¹³⁷² <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/kwaliteit-van-zorg/patientveiligheid-0>.

¹³⁷³ R. KRONICK, S. ARNOLD en J. BRADY, “Improving safety for hospitalized patients. Much progress but many challenges remain”, *JAMA* 2016, 489-490; D.R. LONGO, J.F. HEWETT, B. GE en S. SCHUBERT, “The long road to patient safety: a status report on patient safety systems”, *JAMA* 2005, 2858-2865.

¹³⁷⁴ Zie randnr. 37.

¹³⁷⁵ T. BOURNE, L. WYNANTS, M. PETERS, C. VAN AUDENHOVE, D. TIMMERMAN, B. VAN CALSTER, en M. JALMBRANT, “The impact of complaints procedures on the welfare, health and clinical practise of 7926 doctors in the UK: a cross-sectional survey”, *BMJ Open* 2015, 5: Doctors with recent/current complaints have significant risks of moderate/severe depression, anxiety and suicidal ideation. Morbidity was greatest in cases involving the GMC. Most doctors reported practising defensively, including avoidance of procedures and high-risk patients. Many felt victimised as whistleblowers or reported bullying. Suggestions to improve complaints processes included transparency and managerial competence.

739. De focus van de aanbevelingen ligt op het bevorderen van de samenwerking/communicatie tussen de zorgverleners op basis van een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier. Zonder uitholling van de therapeutische vrijheid zal een breed gedragen (bijvoorbeeld gesteund op een zorgrichtlijn), goed gemotiveerde (belang van patiëntendossier) medische beslissing, gemaakt in team, de motivering van een andersluidend advies van gerechtsdeskundigen bemoeilijken. Tegengestelde standpunten geven immers voeding aan een gerechtelijke procedure.

740. Deze gezondheidsrechtelijke aanbevelingen zijn een kruisbestuiving van medisch-juridische aspecten, met de nadruk op het juridische luik. Bij gebrek aan standaarden of gelijkwaardige initiatieven, kan het volgen van deze aanbevelingen een meerwaarde betekenen in de preventie van schadegevallen en aansprakelijkheid. Aanbevelingen hebben geen bindende werking.¹³⁷⁶

741. Enerzijds belicht de probleemstelling het medische luik (deel A) en anderzijds belichten het wettelijk kader van de bevoegdheid van de vroedvrouw/gynaecoloog (deel B1), het recht van de patiënte op *informed consent* (deel B2) en een rechtspraakoverzicht (deel C) het juridische luik.

742. Bij de redactie van de gezondheidsrechtelijke aanbevelingen zelf (deel D) haalden de leden van de werkgroep ook inspiratie uit hun eigen expertise of ervaring.

V.2.3. Interpretatie van foetale monitoring

A. Probleemstelling

743. Uit de rechtspraakanalyse blijkt de misinterpretatie van foetale monitoring de vaakst voorkomende reden van aansprakelijkheid te zijn. Niet zonder belang, want consequent met de medische literatuur wordt neonatale hersenschade vaak gekoppeld aan de misinterpretatie van foetale CTG-monitoring.¹³⁷⁷ De evaluatie van de foetus is cruciaal voor de foetale uitkomst.¹³⁷⁸ Bij enige indicatie van pathologie is evaluatie noodzakelijk. In de normale verloskunde evalueert de vroedvrouw de noodzaak aan foetale monitoring, rekening houdend met keuze van de patiënte (bijvoorbeeld qua houding), alsook het ziekenhuisbeleid.¹³⁷⁹ Het bereiken van een goed signaal is

¹³⁷⁶ M. EGGERMONT, “De juridische waarde van richtlijnen voor kwaliteitsvolle zorg bij de beoordeling van de aansprakelijkheid van de zorgverlener”, *TvG* 2016, afl. 19, 1103.

¹³⁷⁷ A. UGWUMADU, “Understanding cardiotocographic patterns associated with intrapartum fetal hypoxia and neurologic injury”, *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013, 509-536.

¹³⁷⁸ L. LIM, J.Y. KWON, J. SONG, H. CHOI, J.C. SHIN en I.Y. PARK, “Quantitative comparison of entropy analysis of fetal heart rate variability related to the different stages of labor”, *Early Hum Dev* 2014, 81-85; E. SONCINI, S. PAGANELLI, C. VEZZANI, G. GARGANO en L.S.G. BATTISTA, “Intrapartum fetal heart rate monitoring: evaluation of a standardized system of interpretation for prediction of metabolic acidosis at delivery and neonatal neurological morbidity”, *J Matern Fetal Neonatal Med* 2013, 1465-1469.

¹³⁷⁹ C. HINDLEY, S.W. HINSLIFF en A.M. THOMSON, “Pregnant women's views about choice of intrapartum monitoring of the fetal heart rate: a questionnaire survey”, *Int J Nurs Stud* 2008, 224-231; C. HINDLEY, S.W. HINSLIFF en A.M. THOMSON, “English midwives' views and experiences of intrapartum fetal heart rate monitoring in women at low obstetric risk: conflicts and compromises”, *J Midwifery Womens Health* 2006, 354-360.

belangrijk en kan de keuze van monitor (uitwendig of inwendig) beïnvloeden.¹³⁸⁰ Medische interventies hangen af van de interpretatie van foetale monitoring.¹³⁸¹ Als gynaecoloog is het aangewezen de interpretatie van de vroedvrouw naar waarde te schatten, omdat bij foetale stress een adequate interventie (verdere) schade kan voorkomen.¹³⁸² Het is tevens noodzakelijk om te communiceren met dezelfde terminologie (medisch vakjargon). Dit gebeurt mondeling, maar ook schriftelijk via de verslaggeving in het (elektronisch) patiëntendossier. Een systeem van ‘CTG-online’, met de mogelijkheid om foetale bewaking vanuit verschillende locaties te verifiëren, kan in deze problematiek een meerwaarde betekenen.

744. Het is en blijft een uitdaging voor de betrokken zorgverleners om correct, telkens volgens de huidige stand van de wetenschap, een foetale monitoring te analyseren.

745. De belangrijkste valkuilen bij cardiotocografie en medische handelingen die een weerslag hebben op de cardiotocografie zijn:

- “Registratie van de maternale hartslag in plaats van de foetale; [...]
- Slechte signaalkwaliteit en toch trachten dit te interpreteren, wat leidt tot ernstig en soms dodelijk tijdverlies. [...] Het niet kunnen vinden van de foetale hartslag moet niet gevolgd worden door een uur lang te proberen om een hartslag te vinden of het opschrijven van een waardeloos tracé, maar wel door een snelle echografische controle; [...]
- Het ontbreken van de registratie van de weeënactiviteit, hetgeen een correcte interpretatie van uniforme vroege versus late deceleraties onmogelijk maakt; [...]
- Het miskennen van een duidelijk afwijkend tracé zoals ernstige tachycardie, van in het begin een verminderde variabiliteit van een preterminaal patroon of een sinusoidaal tracé; [...]
- Onvoldoende verslaggeving van wie wat wanneer deed. Dit speelt vooral een rol wanneer het werkelijk tot een rechtszaak komt; [...]
- Het op de papierstrook of op de computer geregistreerd worden van een onjuist tijdstip of datum, waardoor niet meer aan te tonen is wat het interval tussen de afwijking op het tracé en de gestelde actie is; [...]
- Vergeten dat bij maternale koorts het foetale metabolisme versnelt en de foetus dus sneller in ernstige hypoxemie en acidose belandt; [...]

¹³⁸⁰ J. REINHARD, B.R. HAYES-GILL, S. SCHIERMEIER, W. HATZMANN, E. HERRMANN, T.M. HEINRICH en F. LOUWEN, “Intrapartum signal quality with external fetal heart rate monitoring: a two way trial of external fetal heart rate monitoring: a two way trial of external Doppler CTG ultrasound and the abdominal fetal electrocardiogram”, *Arch of Gynecol Obstet* 2012, 1103-1107.

¹³⁸¹ D. DEVANE en J.G. LALOR, “A randomised-controlled trial evaluating a fetal monitoring education program”, *Midwifery* 2006, 296-307.

¹³⁸² G. BOGDANOVIC, A. BABOVIC, M. RIZVANOVIC, D. LJUCA, G. GRGIC en J. DJURANOVIC-MILICIC, “Cardiotocography in the prognosis of perinatal outcome”, *Med Arch* 2014, 102-105.

- Het onderbreken van de registratie op het moment dat duidelijk een afwijking zichtbaar is of het verlaten van de verloskamer op een dergelijk moment; [...]
- Oxytocine overstimulatie. [...]

De kans echter dat eenzelfde zorgverlener met een zekere tijd tussen of twee verschillende, zelfs ervaren, zorgverleners eenzelfde tracé op identieke wijze interpreteren en eenzelfde beleid voorstellen, is tussen 0.6 en 0.8 op een schaal van 0 tot 1. Alhoewel men dit mits intensieve, continue training en opleiding naar het hogere uiteinde van de schaal kan doen opschuiven, blijft evaluatie van foetale monitoring tijdens de arbeid intrinsiek weinig reproduceerbaar (van zodra men zich in de grijze zone van het (ab)normale bevindt).¹³⁸³

746. Dit gegeven bleek ook uit een Franse studie, waarbij 22 Franse gerechtsdeskundigen tweemaal (met een interval van drie maanden) dertig medische dossiers beoordeelden. De eerste evaluatie gebeurde zonder kennis van de neonatale uitkomst. De *intra- and interobserver agreement* tussen de experts was laag, met ernstige vragen naar de objectiviteit van hun adviezen tot gevolg.¹³⁸⁴

747. Een Noorse studie, waarbij vijftien gerechtelijke experts elk twaalf verloskundige klachten analyseerden (niet enkel over foetale monitoring), lag in dezelfde lijn. Er bleek een matige consistentie te zijn in de beoordelingen van de fout van de zorgverlener en de causaliteit met de schade.¹³⁸⁵

748. De *post factum* interpretatie van de gerechtsdeskundige in een gerechtelijke procedure, die haaks staat op de *real time* interpretatie van de zorgverlener verhoogt natuurlijk wel de kans op aansprakelijkheid. Het bereiken van consensus in foetale monitoring tussen de verschillende betrokken zorgverleners is belangrijk in de preventie van schadegevallen en schadeclaims. Het correct beoordelen van de interpretatie van de zorgverleners door de gerechtsdeskundige gebeurt vooral door het volgen van een gelijkaardig evaluatieproces. Het is evenwel toch van waarde dat gerechtsdeskundigen, in het kader van een gerechtelijke procedure, het gebrek aan objectief criterium voor de reproduceerbaarheid van foetale monitoring mee in overweging nemen in de beoordeling van het handelen van de zorgverlener.

¹³⁸³ Y. JACQUEMYN, “Foetale bewaking: hoe reproduceerbaar is de interpretatie”, in M. EGGERMONT (ed.), *Verloskunde in beweging II: de do's en don'ts in het voorkomen van aansprakelijkheid*, Antwerpen, Intersentia, 2014, 118-120.

¹³⁸⁴ L. SABIANI, R. LE DÛ, A. LOUNDOU, C. D'ERCOLE, F. BRETTELLE, L. BOUBLI en X. CARCOPINO, “Intra- and interobserver agreement among obstetric experts in court regarding the review of abnormal fetal heart rate tracings and obstetrical management”, *Am J Obstet Gynecol.* 2015, 856.e1-8: The intra- and interobserver agreement among obstetric experts in court for the review of abnormal fetal heart rate tracing and the appropriateness of obstetrical care is poor, suggesting a lack of objectivity of obstetrical expertise as currently performed in court.

¹³⁸⁵ S. ANDREASEN, B. BACKE, S. LYDERSEN, K. ØVREBØ en P. ØIANB, “The consistency of experts’ evaluation of obstetric claims for compensation”, *BJOG* 2015, afl. 122, 948–953: We found a moderate level of agreement in experts’ evaluation of negligence and causality between the injury and provided health care, the two most important questions to be answered in obstetric claims for compensation.

B. Juridische basis

§ 1. Bevoegdheid

749. De Belgische vroedvrouw is bevoegd voor het ‘beluisteren van de foetale harttonen’ en ‘toezicht door cardiotocografie’.¹³⁸⁶

750. In België zijn er geen breed gedragen richtlijnen inzake de interpretatie van foetale monitoring opgesteld door professionele beroepsorganisaties. De FIGO-richtlijnen dienen als leidraad. De NVOG¹³⁸⁷ en het CNGOF vaardigden wel zorgrichtlijnen uit wat betreft foetale bewaking.¹³⁸⁸

§ 2. Informed Consent

751. Elk onderzoek of elke interventie die worden uitgevoerd door een gynaecoloog/vroedvrouw vallen onder artikel 8, §1, eerste lid Wet Patiëntenrechten. Deze bepaling impliceert dat de patiënte het recht heeft om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in elke interventie.¹³⁸⁹ Het inlichten van de patiënte over de reden van een diagnostische of therapeutische interventie is tevens een deontologische plicht van de gynaecoloog.¹³⁹⁰

752. De informatieplicht is een eigen verplichting. Dit betekent dat zowel de vroedvrouw als de gynaecoloog instaan voor het zelfstandig informeren van hun patiënten, elk binnen hun beroepsterrein. Ze kunnen elkaar hierin overlappen, maar vooral elkaar aanvullen.¹³⁹¹

¹³⁸⁶ Art. 4, 6° en 8° KB 1991; Zie uitgebreid hoofdstuk III.2.4.C.1.

¹³⁸⁷ NVOG, *Richtlijn Intrapartum foetale bewaking à terme*, 2014, zie http://nvog-documenten.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=941.

¹³⁸⁸ CNGOF, *Modalités de surveillance fœtale pendant le travail*, 2007, zie <http://www.cngof.fr/>

¹³⁸⁹ Basiswerken: S. TACK, *De zwangere vrouw en haar recht op informatie*, 121-164; T. VANSWEEVELT en S. TACK, *Het recht op gezondheidstoestandinformatie en geïnformeerde toestemming*, 331-428.

¹³⁹⁰ Art. 29 Code van geneeskundige plichtenleer.

¹³⁹¹ T. VANSWEEVELT, “De aansprakelijkheid van de vroedvrouw” in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek Gezondheidsrecht*, Volume I, Antwerpen, Intersentia, 2014, 1535-1536.

§ 2.1. Omvang van de geïnformeerde toestemming

753. In uitzonderlijke, doorgaans levensbedreigende gevallen kan zonder toestemming van de patiënte worden ingegrepen, indien sprake is van een spoedgeval en indien er geen duidelijkheid is over de wilsuiting van de patiënte of haar vertegenwoordiger.¹³⁹² Bovendien vereist de toepassing van deze uitzonderingsregeling een motivatie in het patiëntendossier. Minstens moet de spoedsituatie en de afwezigheid van enige duidelijkheid omtrent de wil van de patiënte of haar vertegenwoordiger hieruit blijken (bijvoorbeeld uit medische verslagen, persoonlijke notities, observatienota's).¹³⁹³

754. Buiten de spoedgevallen informeert de zorgverlener de patiënte inzake het doel, de aard, de graad van urgentie, de duur, de frequentie, de voor de patiënte *relevante* tegenaanwijzingen, nevenwerkingen en *risico's* verbonden aan de tussenkomst, de nazorg, de mogelijke alternatieven en de financiële gevolgen.

755. Relevante risico's zijn deze, waarvan een zorgverlener weet of behoort te weten dat zij voor een normale persoon geplaatst in dezelfde omstandigheden als de patiënte, relevant zijn om geïnformeerd te kunnen toestemmen in de voorgestelde behandeling. Drie factoren determineren de beoordeling van de relevantie: 1) de frequentie van het risico, 2) de ernst van het risico en 3) de persoon van de patiënte. Deze drie criteria kregen in de rechtspraak en de rechtsleer navolging.¹³⁹⁴

756. Klassiek wordt de ernst van het risico gekoppeld aan de risicofrequentie. De beoordeling van beide factoren gebeurt in samenhang. Het uitgangspunt is dat hoe vaker een risico en/of hoe erger de gevolgen van een interventie voorkomen, des te meer invloed deze hebben op de uiteindelijke

¹³⁹² De vertegenwoordiger van de patiënte is in opeenvolgende volgorde: 1) de vooraf schriftelijk aangeduide persoon of bij gebrek hieraan 2) de bewindvoerder aangesteld door de vrederechter of bij gebrek hieraan 3) (cascadesysteem) samenwonende echtgenoot, de wettelijk samenwonende partner of de feitelijk samenwonende partner, een meerderjarig kind, een ouder, een meerderjarige broer/zus. Bij gebrek aan wettelijke vertegenwoordiger behartigt de betrokken beroepsbeoefenaar in multidisciplinair overleg de belangen van de patiënte, cfr. artikel 14 Wet Patiëntenrechten.

¹³⁹³ Art. 8, §5 Wet Patiëntenrechten: Wanneer in een spoedgeval geen duidelijkheid aanwezig is omtrent de al dan niet voorafgaande wilsuitdrukking van de patiënt of zijn vertegenwoordiger zoals bedoeld in hoofdstuk IV, gebeurt iedere noodzakelijke tussenkomst van de beroepsbeoefenaar onmiddellijk in het belang van de gezondheid van de patiënt. De beroepsbeoefenaar maakt hiervan melding in het in artikel 9 bedoelde patiëntendossier en handelt van zodra dit mogelijk is overeenkomstig de bepalingen van de voorgaande paragrafen.

¹³⁹⁴ Luik 9 september 2010, *JLMB* 2012, 1076; Luik 11 oktober 2007, *JLMB* 2010, 734; Bergen 27 september 2005, *RGAR* 2007, nr. 14.323; Bergen 11 januari 1999, *T.Gez.* 1999-00, 278, noot T. VANSWEEVELT; Rb. Brussel 4 januari 2010, *RGAR* 2010, nr. 14.654; Rb. Antwerpen 21 december 2006, *T.Verz.* 2007, 476; Rb. Antwerpen 12 mei 2004, *T.Gez.* 2005-06, 221, 221; C. LEMMENS, "De invulling van het begrip 'relevant risico' aan de hand van de frequentie en de ernst van het risico", noot onder Rb. Hasselt 15 april 2010, *T.Gez.* 2010-11, 156; H. NYS, "Overzicht van rechtspraak medisch recht 2005-10", *TPR* 2011, 875; G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, Brussel, Larcier, 2010, 169; H. VANDENBERGHE, "Overzicht van rechtspraak 2000-2008. Aansprakelijkheid uit onrechtmatige daad", *TPR* 2010, 1886; J.-L. FAGNART, "Information du patient et responsabilité du médecin" in E. THIRY (ed.), *Actualités de droit médical*, Brussel, Bruylant, 2006, 71-72; P. HENRY en B. DE COCQUEAU, "À propos du consentement libre et éclairé du patient", in Y.-H. LELEU (ed.), *Droit médical*, CUP, Brussel, Larcier, 2005, 200; T. VANSWEEVELT, *De civielrechtelijke aansprakelijkheid van de geneesheer en het ziekenhuis*, Antwerpen, Maklu, 1992, 295, nr. 383.

beslissing van de patiënte. Uiterst zeldzame en onbelangrijke risico's van voorbijgaande aard moeten dus in de regel niet worden meegedeeld. Dergelijke risico's zal de patiënte doorgaans niet in haar besluitvorming betrekken. Is er echter sprake van een niet zeldzaam en/of ernstig risico met desgevallend gevolgen van blijvende aard (bijvoorbeeld overlijden, invaliditeit, paralyse), dan wordt deze informatie wel relevant voor de patiënte.¹³⁹⁵ De zorgverlener mag de setting van behandeling (primair, secundair of tertiair centrum) ook niet uit het oog verliezen.

757. Het Hof van Cassatie heeft in 2009 gesteld dat niet de risicofrequentie, maar wel de ernst ervan doorslaggevend is bij de vraag of het risico moet meegedeeld worden.¹³⁹⁶ Ernstige, maar zeer zeldzame risico's zouden dus steeds moeten vermeld worden.¹³⁹⁷ Onder een ernstig risico wordt een risico op overlijden of op blijvende invaliditeit verstaan. Er is terecht heel wat kritiek geuit op het feit dat er geen rekening meer wordt gehouden met het kwantitatief criterium, nl. de frequentie van voorkomen of incidentie, maar enkel met het kwalitatieve aspect van het risico, nl. de ernstgraad. Het is aangewezen deze strenge rechtspraak te nuanceren.¹³⁹⁸ De patiënt overladen met info over alle ernstige, zelfs de meest hypothetische risico's, zou geen goede tendens zijn. In de praktijk zou deze gang van zaken ertoe kunnen leiden dat patiënten onnodig hun toestemming weigeren voor een (noodzakelijke) ingreep. Een te overladen geïnformeerde patiënt zou door de bomen het bos niet meer zien. Deze cassatierechtspraak heeft vooral tot gevolg dat bijvoorbeeld in de verloskunde een gynaecoloog/vroedvrouw een gekend en ernstig risico, dat zich slechts in uitzonderlijke omstandigheden voordoet, moet meedelen. Het daarentegen informeren van de patiënte over een uiterst zelfdzaam of hypothetisch risico valt niet onder de informatieplicht van de zorgverlener.

758. Ook de persoon van de patiënte kan het begrip relevant risico beïnvloeden.¹³⁹⁹ De gynaecoloog/vroedvrouw moet met de individuele kenmerken van de patiënte rekening houden, voor zover hij/zij die kent of behoort te kennen. De patiënte kan de kans op een risico doen toenemen of kan de gevolgen van een risico ernstiger maken. Onder het criterium van de persoon van de patiënte worden diverse aspecten begrepen, onder meer de fysieke integriteit (diabetes bij obesitas), diens professionele activiteiten (sectio bij een lengeriemodel) en de intellectuele capaciteit (meer

¹³⁹⁵ E. DELBEKE, "De informatieplicht over de relevante risico's van een medische ingreep: draagwijdte, determinerende factoren en gevolgen bij miskenning", *T.Gez.* 2007-08, 358-360; C. LEMMENS, "De invulling van het begrip 'relevant risico' aan de hand van de frequentie en de ernst van het risico", noot onder Rb. Hasselt 15 april 2010, *T.Gez.* 2010-11, 156-157.

¹³⁹⁶ Cass. 26 juni 2009, *RW* 2009-10, 1522, noot H. NYS, *NjW* 2009, 812, noot I. BOONE, *TBBR* 2012, 309, noot R. D'HAESE, *Arr.Cass.* 2009, 1829 en *Pas.* 2009, I, 1681. Een radioloog injecteerde voor een myelografie contrastvloeistof hoog in de nek van een patiënte en kwetste daarbij het ruggenmerg. Ze hield aan het onderzoek hevige gevoelsstoornissen over en uitstralende pijn in haar nek, hoofd en arm, waardoor zij haar beroep als leerkracht niet meer kon uitoefenen. Het risico op het aanprikken van het ruggenmerg is een gekende, maar extreem zeldzame complicatie. Daarom oordeelde het hof van beroep te Antwerpen dat dit risico niet moest worden meegedeeld. Het Hof van Cassatie vernietigde, omdat er enkel rekening werd gehouden met de risicofrequentie en niet met de ernst van het risico.

¹³⁹⁷ Gevolgd in Rb. Hasselt 15 april 2010, *T. Gez.* 2010-11, 154, noot C. LEMMENS.

¹³⁹⁸ T. VANSWEEVELT en S. TACK, *Het recht op gezondheidstoestandinformatie en geïnformeerde toestemming*, 362-363; R. D'HAESE, "De verplichting van de arts tot het verstrekken van afdoende informatie omtrent de risico's", *TBBR* 2012, 316; G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, Brussel, Larcier, 2010, 170.

¹³⁹⁹ Wetsontwerp betreffende de rechten van de patiënt, M.v.T., *Parl.St.* Kamer 2001-02, nr. 1642/1, 20.

uitleg en duiding bij patiënte met een laag IQ).¹⁴⁰⁰ Ook de ervaring of voorkennis die de patiënte heeft met een ingreep, kan tot een beperkte(re) voorlichting leiden. Een patiënte die bijvoorbeeld een *repeat* sectio moet ondergaan met dezelfde risico's, mag geacht worden de operatierisico's (nog) te kennen en ingelicht te worden over de bijkomende risico's.

759. Deze informatie moet voorafgaandelijk aan de interventie verstrekt worden en in een begrijpelijke taal, hetgeen niet altijd evident is.¹⁴⁰¹ De daadwerkelijke toestemming geeft de patiënte expliciet (schriftelijk via specifiek formulier, maar meestal gewoon mondeling) of impliciet (bijvoorbeeld meegaan naar onderzoekskamer voor echo, arm geven voor bloedafname, onderkledij uittrekken voor vaginaal onderzoek) enz.

§ 2.2. De bewijslast van de geïnformeerde toestemming

760. In de Belgische rechtsleer heerst er verdeeldheid over de bewijslastverdeling van de geïnformeerde toestemming. In principe geldt in België, zoals in Frankrijk, dat op de eisende partij, die schadevergoeding vordert, de bewijslast rust om zijn vordering te bewijzen. Maar inzake de bewijslast van het *informed consent*-principe veranderde het Franse Hof van Cassatie in zijn arrest van 25 februari 1997 het geweer van schouder. Het Hof besloot tot de omkering van de bewijslast.¹⁴⁰² In navolging van dit Franse arrest was er een strekking in de Belgische rechtspraak die de informatieplicht van de arts als zijnde een resultaatsverbintenis verdedigde. In die hypothese moest de arts bewijzen (met alle middelen van het recht) dat hij de geïnformeerde toestemming van de patiënt had bekomen.¹⁴⁰³

761. Het principearrest van 16 december 2004 van het Belgische Hof van Cassatie drukte deze strekking de kop in.¹⁴⁰⁴ De algemene regel *actori incumbit probatio* vindt ook toepassing bij de problematiek van het *informed consent*-principe. Het Hof miskende de moeilijkheid van de bewijslast van de patiënt niet, maar van een bewijslastverschuiving naar de zorgverlener was geen sprake.¹⁴⁰⁵ Tot het arrest van 25 juni 2015 van het Hof van Cassatie was er stabiele rechtspraak in

¹⁴⁰⁰ E. DELBEKE, "De informatieplicht over de relevante risico's van een medische ingreep: draagwijdte, determinerende factoren en gevolgen bij miskening", *T.Gez.* 2007-08, 360.

¹⁴⁰¹ Art. 8, §3 *juncto* artikel 7, §2 Wet Patiëntenrechten.

¹⁴⁰² Fr. Cass. 25 februari 1997, *JCP* 1997, II, nr. 22.942, concl. P. SARGOS en noot A. DJIGO; *T.Gez.* 1997-98, 337, noot J.L. FAGNART.

¹⁴⁰³ Antwerpen 28 juni 2001, *T.Gez.* 2003-04, 181; Luik 10 mei 2001, *T.Gez.* 2001-02, 247; Luik 4 januari 2001, *T.Gez.* 2002-03, 330; Antwerpen 13 maart 2000, *T.Gez.* 2001-02, 245; Antwerpen 20 september 1999, *T.Gez.* 2001-02, 159; Luik 30 april 1998, *T.Gez.* 1998-99, 139, noot T. VANSWEEVELT; Rb. Namen 30 maart 2001, *T.Gez.* 2001-02, 34; Rb. Nijvel 5 september 1995, *RRD* 1995, 298.

¹⁴⁰⁴ Cass. 16 december 2004, *RW* 2004-05, 1553, noot H. NYS; *T.Gez.* 2004-05, 299, noot S. LIERMAN; Het principe werd bevestigd door Cass. 12 mei 2006, *T.Gez.* 2008-09, 116 en Cass. 11 juni 2009, *T.Gez.* 2010-11, 27, noot Q. VAN ENIS.

¹⁴⁰⁵ T. VANSWEEVELT en S. TACK, *Het recht op gezondheidstoestandinformatie en geïnformeerde toestemming*, 413-415.

deze materie.¹⁴⁰⁶ Hoewel laatstgenoemd arrest uitspraak deed over een zaak die betrekking had op de relatie advocaat-cliënt, kon het belangrijke gevolgen met zich meebrengen inzake de bewijslast van de geïnformeerde toestemming in de zorgverlening. Het zou aan de zorgverlener zijn (en dus niet meer aan de patiënte) om te bewijzen dat de patiënte voldoende geïnformeerd haar toestemming gaf voor een behandeling/interventie. De rechtsleer reageerde verdeeld op de uitspraak. Volgens de ene was de bewijslast voor de zorgverlener een feit, maar voor de andere rustte de bewijslast nog steeds op de patiënte.¹⁴⁰⁷ De rechtbank van eerste aanleg te Brussel volgde in een recent vonnis van 29 februari 2016 alvast de visie dat de bewijslast verschoven is naar de zorgverlener.¹⁴⁰⁸

762. Aannemen op basis van het cassatiearrest van 2015 dat voortaan de bewijslast op de schouders van de zorgverlener rust is echter een brug te ver. Een algemene draagwijdte toekennen aan het arrest is niet aan de orde, gezien de weinig vergelijkbare feitelijke omstandigheden van de zaak (relatie advocaat-cliënt) die aanleiding gaf tot het cassatiearrest en de onverkorte toepassing van artikel 1315, lid 1 BW (“hij die de uitvoering van een verbintenis vordert, moet het bestaan daarvan bewijzen”) in ons rechtstelsel. Ook lid 2 van artikel 1315 BW (“hij die beweert bevrijd te zijn, moet het bewijs leveren”) doet geen afbreuk aan de algemene regel. In haar principearrest van 2004 stelde het Hof van Cassatie terecht dat het bewijs van een negatief feit niet met dezelfde striktheid moet worden beoordeeld als het bewijs van een positief feit. Bovendien sluit het leggen van de bewijslast bij de patiënt nog steeds het best aan bij de algemene bewijsregels, overeenkomstig artikel 870 Ger.W., dat iedere partij het bewijs moet leveren van de feiten die zij aanvoert.¹⁴⁰⁹ Een nieuw arrest van het Hof van Cassatie zou kunnen voor verheldering zorgen en de verdeeldheid wegnemen. Een wetgevend initiatief is betere een optie, door expliciet te bepalen in artikel 8 van de wet op de patiëntenrechten dat het recht van de patiënt om geïnformeerd toe te stemmen geenszins impliceert dat de zorgverlener hiervan het positief bewijs moet leveren. De wet op de patiëntenrechten bevat nu geen enkele bepaling over de verdeling van de bewijslast inzake de geïnformeerde toestemming, hetgeen nu zowel in de praktijk als in de rechtspraak enige onzekerheid met zich meebrengt. In Frankrijk is het wel degelijk de zorgverlener die het bewijs, met alle middelen van het recht weliswaar, moet leveren.¹⁴¹⁰ Het valt te betwijfelen of dit de kwaliteit van de zorgverlening en vooral de vertrouwensrelatie tussen patiënt en zorgverlener ten goede komt. Als de zorgverlener de bewijslast moet leveren dan is de afgifte van brochures of het laten ondertekenen van een informed consent formulier de meest voor de hand liggende oplossing. Dit laatste kan ten

¹⁴⁰⁶ Cass. 25 juni 2015, N° C.14.0382.F, *Juristenkrant* 2015, afl. 320, 1 en 16; *RGAR* 2015, afl. 9, nr. 15219, noot F. GLANSDORFF.

¹⁴⁰⁷ F. GLANSDORFF, “Noot onder Cass. 25 juni 2015”, *RGAR* 2015, nr. 15.219; P. SELLESLAGH, “Cassatie: arts moet bewijzen dat hij patiënt informeerde”, *De Specialist* 3 december 2015.

¹⁴⁰⁸ Rb. Brussel 29 februari 2016, *Con.M.* 2016, afl. 2, 97, noot I. REUSENS; *JLMB* 2016, 1954, noot G. GENICOT; *T.Gez.* 2015-16, 370, noot LEMMENS.

¹⁴⁰⁹ C. LEMMENS, “Het pleit dan toch niet beslecht. De implicaties van het arrest van het Hof van Cassatie van 25 juni 2015 op de bewijslast van de geïnformeerde toestemming van de patient”, *T.Gez.* 2015-16, 358-360; S. LIERMAN, “Het pleit beslecht: de patiënt draagt de bewijslast van de informatiemiskenning door de arts”, *T.Gez.* 2004-05, 304-305.

¹⁴¹⁰ Art. L1111-2, lid 7 *Code de la santé publique*.

koste gaan van het werkelijk uitleggen (in een duidelijke taal) van wat de risico's, gevolgen enz... zijn van een medische interventie.

763. Deze rechtspraak hoeft in ieder geval in België geen stijging te betekenen van het belang van informed-consent formulieren, want op zich is er geen schriftelijke informatieplicht ten aanzien van de zorgverlener. Dus zolang de patiënt of de zorgverlener er niet expliciet naar vragen, mag informatie mondeling medegedeeld worden, hetgeen ook de mogelijkheid geeft aan de patiënt om vragen te stellen. Het bewijs van de naleving van de informatieverplichting levert de zorgverlener tot nader order door een nota in het patiëntendossier op te nemen. De omvang van deze nota hangt af van de ernst van de problematiek.

764. Het informeren van de patiënt is een verplichting van de zorgverlener, geen vrijgeleide om te stellen dat er medisch verantwoord werd gehandeld. Het is immers niet omdat een patiënte geïnformeerd heeft toegestemd in een bepaalde behandeling of interventie (bijvoorbeeld een sectio wegens stuitligging), dat er sprake is van een exonatie van aansprakelijkheid van de zorgverlener. De sectio moet nog steeds volgens de regels van de kunst zijn uitgevoerd, dus zowel pre-, peri- als postoperatief moet de gynaecoloog zorgvuldig hebben gehandeld.

§ 2.3. De geïnformeerde toestemming in het kader van foetale monitoring

765. Bij foetale monitoring is het belangrijk het doel, de aard (inwendig/uitwendig), de duur en de frequentie (intermittent/continue) mede te delen. Een goede registratie is cruciaal voor een correcte interpretatie, dus informatie over de positie (in kader van *vena cava* syndroom) van de patiënte is nodig. Als er overgeschakeld wordt op een andere techniek is bijkomende informatie vereist, onder meer inzake de indicatie en de risico's (bijvoorbeeld bij het plaatsen van een scalpelektrode). Het geniet de voorkeur bij elke interpretatie de patiënte in te lichten over de stand van zaken en het is een must de bevindingen te noteren in het patiëntendossier, door gebruik van (breed gedragen) medisch vakjargon. Het bijhouden van de strips van de foetale monitoring is noodzakelijk, want ze maken deel uit van het medische luik van het patiëntendossier.

C. Foetale stress herkend of miskend: een rechtspraakoverzicht

766. Zoals *supra* aangetoond is vooral de niet-reproduceerbaarheid van foetale monitoring een belangrijk aandachtspunt in deze problematiek.¹⁴¹¹

¹⁴¹¹ Zie randnr. 743-748.

D. Gezondheidsrechtelijke aanbeveling inzake foetale monitoring

767. Aandachtspunten bij registratie

- Vermelding van de medische indicatie (ongeacht de setting) voor foetale monitoring;
- Adequaats en correct functionerend medium (geijkt toestel): Doppler, CTG, STAN;
- Registratie van foetale hartslag (niet maternale hartslag) en van de weeënactiviteit;
- Goede signaalkwaliteit van de foetale hartslag van minstens 30 min of intermitterend 1min/15min; nomenclatuur vereist opname van 30 min (buiten de dag van de bevalling);
- Zo lang mogelijk registratie bij de vaststelling van (vermoeden) van pathologie tot aan de partus (inclusief traject/voorbereiding op sectio) of interventie (bijvoorbeeld onmiddellijk voor en na een epidurale anesthesie);
- Rapportage in patiëntendossier:
 - Naam van de patiënte en zorgverlener die registreert;
 - Informed consent van de patiënte (vaak impliciet);
 - Correcte datum en beginuur/einduur/papiersnelheid (correcte tijdsinstelling toestel);
 - Correcte weergave van intermitterende registratie;

768. Aandachtspunten bij interpretatie

- Interpretatie van de monitoring gebeurt volgens het protocol van de zorginstelling;

- Bijvoorbeeld volgens de FIGO-classificatie:¹⁴¹²

Classificatie van het CTG volgens FIGO-richtlijnen

Dit CTG classificatiesysteem wordt gebruikt om samen met wijzigingen in het ST-patroon de foetale conditie te beoordelen

CTG classificatie	Basis hart frequentie	Variabiliteit activiteit	Deceleraties
Normaal CTG	<ul style="list-style-type: none"> • 110–150 bpm 	<ul style="list-style-type: none"> • Acceleraties • 5-25 bpm 	<ul style="list-style-type: none"> • Vroege deceleraties • Ongecompliceerde variabele deceleraties met een duur <60 sec en een slagenverlies <60 slagen
Suboptimaal CTG	<ul style="list-style-type: none"> • 100–110 bpm • 150–170 bpm • korte periode bradycardie (<100 bpm ≤3 min) 	<ul style="list-style-type: none"> • >25 bpm (saltatoir patroon) • <5 bpm >40 min met afwezigheid van acceleraties 	<ul style="list-style-type: none"> • Ongecompliceerde variabele deceleraties met een duur <60 sec en een slagenverlies >60 slagen
Combinatie van verschillende suboptimale kenmerken betekent een abnormaal CTG			
Abnormaal CTG	<ul style="list-style-type: none"> • 150–170 bpm en verminderde variabiliteit • >170 bpm • Persistente bradycardie (<100 bpm >3 min) 	<ul style="list-style-type: none"> • < 5 bpm >60 min • Sinusoidaal patroon 	<ul style="list-style-type: none"> • Gecomplieerde variabele deceleraties met een duur >60 sec • Herhaalde late deceleraties
Preterminaal CTG	<ul style="list-style-type: none"> • Totaal verlies aan variabiliteit (<2 bpm) en reactiviteit met of zonder deceleraties of bradycardie 		

- Bijvoorbeeld bij het aanwenden van aanvullende technieken zoals STAN, rekening houden met checklist (Neoventa) en klinische richtlijnen;



Deze richtlijnen zijn aangepast na Amer-Wahlin et al BJOG 2007;114:1191-93

¹⁴¹² Zie voor een update: D. AYRES-DE-CAMPOS en S. ARULKUMARAN voor FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel, "FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring : Introduction", *IJGO* 2015, 3-4; zie voor volledig rapport: <http://www.jsog.or.jp/international/pdf/CTG.pdf>.

ST-analyse

Deze richtlijnen duiden situaties aan waarin obstetrische interventie vereist kan zijn omwille van de foetale conditie.¹

ST-event	Normaal CTG	Suboptimaal CTG	Abnormaal CTG	Preterminaal CTG
Episodische T/QRS-stijging		• >0.15	• >0.10	• Beëindigen door vaginale of abdominale verlossing
Basislijn T/QRS-stijging	• Expectatief beleid • Continue monitoring	• >0.10	• >0.05	
Bifasische ST	• Geen interventie nodig	• 3 bifasische ST-events ²	• 2 bifasische ST-events ²	

¹ Interventie kan het beëindigen van de baring zijn of andere maatregelen zoals materno-foetale resuscitatie door het opheffen van een onderliggende oorzaak als bijvoorbeeld overstimulatie, maternale hypotensie of hypoxie.

² De tijdsduur tussen bifasische ST-events moet worden gerelateerd aan het CTG-patroon en de klinische situatie.

➤ Rapportage van de interpretatie in het patiëntendossier bevat:

- Naam van interpreterende zorgverlener ;
- Informatie over interpretatie medegedeeld aan patiënte;
- Correcte datum en uur;
- Adequate communicatie tussen verschillende zorgverleners (vooral vroedvrouw - gynaecoloog), bijvoorbeeld volgens ISBAR-principe:¹⁴¹³ vroedvrouw deelt huidige situatie en relevante gegevens uit anamnese en klinisch onderzoek mee, interpreteert foetale monitoring, gevolgd door instructies van de gynaecoloog; dit proces herhaalt zich bij abnormaliteiten en/of bij discussie in het gevolgde beleid ;
- Validatie van de interpretatie van de foetale monitoring gebeurt bij voorkeur door twee zorgverleners (naam zorgverlener, datum, uur en handtekening);
- Bij discussie over interpretatie: validatie door derde persoon (steeds gynaecoloog);

➤ Vóór de archivering: de verantwoordelijke vroedvrouw en arts (betrokken bij de bevalling) controleren de volledigheid van het patiëntendossier (inclusief alle strips van de foetale monitoring).

¹⁴¹³ Zie voor meer info over ISBAR (Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation) aanbeveling 5 inzake het 'samenwerken vanuit een gedeeld mentaal model met als basis het patiëntendossier'.

V.2.4. Beleid bij uterusruptuur

A. Probleemstelling

769. Uit de rechtspraakanalyse blijkt de tijdige herkenning van een uterusruptuur op een litteken een aandachtspunt te zijn. Deze pathologie vereist een onmiddellijke interventie.¹⁴¹⁴ Een uteruslitteken moet de waakzaamheid verhogen, omdat dit de grootste risicofactor voor een uterusruptuur is.¹⁴¹⁵ Deze complicatie kent een hoge foetale en maternale morbiditeit en mortaliteit.¹⁴¹⁶

B. Juridische basis

§ 1. Bevoegdheid

770. De Belgische vroedvrouw moet risico's opsporen bij moeder en kind om in zwangerschappen met een verhoogd risico door te verwijzen.¹⁴¹⁷ De zorgrichtlijnen van het KCE inzake goede klinische praktijk bij laag risico bevallingen en de aanbevolen onderzoeken bij een zwangerschap, hebben in deze bevoegdheid een groot draagvlak.¹⁴¹⁸

771. Specifieke Belgische of Nederlandse richtlijnen inzake de opsporing van of de interventie bij een uterusruptuur ontbreken. Het CNGOF stelde aanbevelingen op voor het beleid bij een vaginale bevalling met een uteruslitteken en het in kaart brengen van de risico's. Vooral de aanwezigheid van een vorige sectio wegens niet vorderende arbeid, een geboortegewicht van meer

¹⁴¹⁴ G. VANDENBERGHE, M. DE BLAERE, V. VAN LEEUW et al., "Nationwide population-based cohort study of uterine rupture in Belgium: results from the Belgian Obstetric Surveillance System", *BMJ Open* 2016, 6; L.B.

COLMORN, K.B. PETERSEN, M. JAKOBSSON M et al., "The Nordic Obstetric Surveillance Study: a study of complete uterine rupture, abnormally invasive placenta, peripartum hysterectomy and severe blood loss at delivery", *Acta Obstet Gynecol Scand* 2015, afl. 94, 734-744; E.F. FITZPATRICK, J.J. KURINCZUK, Z. ALFIREVIC et al., "Uterine Rupture by Intended Mode of Delivery in the UK: A National Case-Control Study", *PLoS Med* 2012, 9(3); J.J. ZWART, J.M. RICHTERS, F. ORY et al., "Uterine rupture in The Netherlands: a nationwide population-based cohort study", *BJOG* 2009, afl. 116, 1069-1078.

¹⁴¹⁵ H.T. NGUYEN-XUAN, R. LOUSQUY en E. BARRANGER, "Diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy", *Gynecol Obstet Fertil* 2014, 483-499; D. RONEL, A. WIZNITZER, R. SERGIENKO, A. ZLOTNIK en E. SHEINER, "Trends, risk factors and pregnancy outcome in women with uterine rupture", *Arch Gynecol Obstet* 2012, 317-321.

¹⁴¹⁶ M. GUILIANO, E. CLOSSET, D. THERBY, F. LEGOUEFF, P. DERUELLE en D. SUBTIL, "Signs, symptoms and complications of complete and partial uterine ruptures during pregnancy and delivery", *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014, 130-134.

¹⁴¹⁷ Art. 62, §1, 1°, d WUG juncto artikel 4, §2 KB 1991; Zie uitgebreid hoofdstuk III.2.4.A.1.

¹⁴¹⁸ KCE, *Richtlijn 139A inzake goede klinische praktijk bij laag risico bevallingen*, 2010 en *Richtlijn 248 As inzake de aanbevolen onderzoeken tijdens de zwangerschap*, 2015; Het KCE (Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg) adviseert de beleidsmakers bij het nemen van beslissingen in het domein van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering, zie voor meer info <https://kce.fgov.be/nl>.

dan 4 kg, een maternale leeftijd van meer dan veertig en een inductie van de arbeid reduceren de slaagkansen van een TOLAC (*Trial of labour after caesarean*).¹⁴¹⁹

772. Wegens gebrek aan Belgische richtlijnen behoort de inschatting van de keuze van een TOLAC tot de bevoegdheid en zorgvuldigheid van de individuele gynaecoloog. Naast de Franse en Nederlandse aanbevelingen kunnen de richtlijnen van het *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG), en het *American Congress of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) een meerwaarde betekenen.¹⁴²⁰

§ 2. Informed consent

773. Wanneer een TOLAC tot de keuzes behoort, is de individuele informatieverstrekking aan de patiënte cruciaal. Het meedelen van de slaagkansen van de TOLAC en het risico op een uterusruptuur zijn van belang. De patiënte moet een weloverwogen keuze maken (vaginale partus of *repeat sectio*), geadviseerd door de gynaecoloog. Ook over het verloskundig beleid bij een TOLAC kunnen gegevens worden verstrekt inzake de continue foetale monitoring, het waakinfuus, de symptomen (pijn/bloedverlies), de mogelijkheid tot inductie/augmentatie enz. Het prenataal informeren van de patiënte en dit noteren in het patiëntendossier, vermindert de informatieverplichting bij het zich werkelijk manifesteren van een ruptuur, waar sprake zal zijn van een spoedsituatie. Ook in de postnatale periode is de zorgverlener aangewezen op het verschaffen van gegevens inzake de nazorg, de gevolgen van een sectio, een volgende zwangerschap (herhalingsrisico), enz.

C. Rechtspraakoverzicht inzake herkennen symptomen uterusruptuur

774. Indien er geen uteruslitteken aanwezig was en mits een adequate interventie om de schade te beperken beschouwt de rechtspraak een uterusruptuur als een complicatie, dus zonder enige aansprakelijkheid van een zorgverlener. Indien er wel sprake was van een uteruslitteken, kon enkel het meteen herkennen van de symptomen en het adresseren van een uterusruptuur, de aansprakelijkheid van de zorgverlener verhinderen.¹⁴²¹

¹⁴¹⁹ CNGOF, *Recommandations pour la pratique clinique. Accouchement en cas d'utérus cicatriciel*, 2012, 616: "9. RUPTURE UTÉRINE: PRÉDICTION, DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE", http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_uterus_cicatriciel_2012.pdf.

¹⁴²⁰ RCOG, *Birth after Previous Caesarean Birth (Green-top Guideline No. 45)*, 2015, 31p, zie https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_45.pdf; ACOG, *Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery*, 2010 (update in 2015), <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Practice-Bulletins/Committee-on-Practice-Bulletins-Obstetrics/Vaginal-Birth-After-Previous-Cesarean-Delivery>.

¹⁴²¹ Zie randnr. 512.

D. Gezondheidsrechtelijke aanbeveling inzake uterusruptuur

775. De gynaecoloog beslist op basis van de voorgeschiedenis of de patiënte in aanmerking komt voor een TOLAC. Indien de patiënte in aanmerking komt voor een TOLAC, moet de patiënte geïndividualiseerde informatie krijgen over de slaagkansen en het risico op een uterusruptuur.

776. Aandachtspunten voor de herkenning

- In geval van een TOLAC of bij een patiënte met een uterusanomalie of andere uteriene ingreep in de voorgeschiedenis:
 - Waakinfuus;
 - Continue CTG-monitoring;
 - *Cave* inductie en augmentatie met prostaglandines en/of oxytocine;
 - bij voorkeur te vermijden
 - indien toch gewenst: lage dosering en strikte opvolging; vlotte progressie is vereist
 - Tweede vroedvrouw, gynaecoloog, pediater, anesthesist en OK-verpleegkundige zijn eenvoudig oproepbaar (gekende organisatie van het wachtsysteem);
- Symptomen suggestief voor een ruptuur (pathognomonisch noch limitatief):
 - Abnormaal foetaal hartritme (CTG);
 - Continue pijn (ook tussen de weeën) ter hoogte van het onderste uterussegment;
 - Drukpijnlijk ter hoogte van onderste uterussegment;
 - Hypertonie;
- Symptomen na een ruptuur, naast pijn en abnormaal foetaal hartritme (pathognomonisch noch limitatief):
 - Plots wegvallen van contracties;
 - Geen voorliggend deel te voelen;
 - Vaginaal bloedverlies;
 - Hematurie;
 - Maternale tachycardie, maternale hypotensie, in extremis maternale hypovolemische shock door massieve intra-abdominale bloeding;

➤ Rapportage in patiëntendossier:

- Informed consent in geval van een TOLAC;
- Pijnregistratie via pijnschaal (bijvoorbeeld VAS-score)¹⁴²²;
- Indien sprake van een voorafgaand risico: vroedvrouw werkt onder de verantwoordelijkheid van de gynaecoloog en meldt elk teken van pathologie;
- Adequate communicatie tussen verschillende zorgverleners (vooral vroedvrouw - gynaecoloog), bijvoorbeeld volgens ISBAR-principe: vroedvrouw deelt huidige situatie en relevante gegevens uit anamnese en klinisch onderzoek mee, interpreteert foetale monitoring, gevolgd door instructies van de gynaecoloog; dit proces herhaalt zich bij abnormaliteiten en/of discussie in het gevolgde beleid ;

777. Aandachtspunten bij het beleid

➤ Spoedsectio:

- Protocol van het ziekenhuis;
 - Verwittigen van betrokken actoren: tweede vroedvrouw, gynaecoloog, operatiekwartier, anesthesist en pediatr;
 - Zo lang mogelijk registratie van de foetale harttonen;
- Rapportage met namen zorgverleners, correcte tijdstippen en data in het patiëntendossier; het geniet de voorkeur een eigen feitenrelaas op te stellen, desgevallend na afstemming met de andere betrokken zorgverleners;
- Vóór de archivering: de verantwoordelijke vroedvrouw en arts (betrokken bij de sectio) controleren de volledigheid van het patiëntendossier (inclusief alle strips van de foetale monitoring en het operatieverslag).

¹⁴²² De visueel analoge schaal (VAS) is een lijnstuk waarop de patiënte aangeeft hoeveel pijn zij ervaart: 0 = geen pijn en 10 = ergst denkbare pijn.

V.2.5. Beleid bij *solutio placentae*

A. Probleemstelling

778. Een voortijdige loslating van een normaal geïmplanteerde placenta, rekening houdend met de graad van *solutio* (of *abruptio*) *placentae*, vereist een (onmiddellijke) interventie. Deze pathologie kent zeer nefaste gevolgen, de foetale/neonatale en maternale morbiditeit zijn hoog.¹⁴²³ Uit de rechtspraakanalyse blijkt het schoentje vooral te wringen bij het herkennen van de symptomen van een *solutio* en het desgevallend uitvoeren van een spoedsectio, waarbij elke minuut telt.

B. Juridische basis

§ 1. Bevoegdheid

779. De Belgische vroedvrouw moet risico's opsporen bij moeder en kind om in zwangerschappen met een verhoogd risico door te verwijzen.¹⁴²⁴ De zorgrichtlijnen van het KCE inzake goede klinische praktijk bij laag risico bevallingen en de aanbevolen onderzoeken bij een zwangerschap, hebben in deze bevoegdheid een groot draagvlak.¹⁴²⁵

780. Specifieke Belgische en Franse richtlijnen inzake de opsporing van of de interventie bij een placentaloslating ontbreken. De NVOG stelde een relevante richtlijn op over het beleid bij 'bloedverlies in tweede helft van de zwangerschap'.¹⁴²⁶

¹⁴²³ T. BOISRAMÉ, N. SANANÈS, G. FRITZ, E. BOUDIER, G. AISSI, R. FAVRE en B. LANGER, "Placental abruption: risk factors, management and maternal-fetal prognosis. Cohort study over 10 years", *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014, 100-104; D.A. ELSASSERA, C.V. ANANTHA, V. PRASADB en A.M. VINTZILEOSC, "Diagnosis of placental abruption: relationship between clinical and histopathological findings", *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010, 125-130.

¹⁴²⁴ Art. 62, §1, 1°, d WUG *juncto* artikel 4, §2 KB 1991; zie hoofdstuk III.2.4.A.1.

¹⁴²⁵ KCE, *Richtlijn 139A inzake goede klinische praktijk bij laag risico bevallingen*, 2010, en *Richtlijn 248 As inzake de aanbevolen onderzoeken tijdens de zwangerschap*, 2015; Het KCE (Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg) adviseert de beleidsmakers bij het nemen van beslissingen in het domein van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering, zie voor meer info <https://kce.fgov.be/nl>.

¹⁴²⁶ NVOG, *Bloedverlies in tweede helft zwangerschap, abruptio placentae*, 2008, zie http://nvog-documenten.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=26666&richtlijn_id=797

§ 2. Informed consent

781. Het geniet de voorkeur om onder meer bij een PPROM,¹⁴²⁷ pre-eclampsie en roken het risico op een placentaloslating mede te delen aan de patiënte. Het is aangewezen de patiënte prenataal te informeren over de symptomen suggestief voor een loslating en het verloskundig beleid bij het zich werkelijk manifesteren van een loslating. In de postnatale periode verschaft de zorgverlener gegevens betreffende de nazorg, een volgende zwangerschap (herhalingsrisico), enz.

C. Rechtspraakoverzicht inzake herkennen symptomen *solutio placentae*

782. Bij de afwezigheid van de typische tekenen en mits een adequate interventie om de schade te beperken, beschouwt de rechtspraak een placentaloslating overwegend als een complicatie, zonder enige vorm van aansprakelijkheid van een zorgverlener. Als één van de typische tekenen zich wel manifesteerde, is verhoogde waakzaamheid geboden om aansprakelijkheid te vermijden.¹⁴²⁸

D. Gezondheidsrechtelijke aanbeveling inzake *solutio placentae*

783. Aandachtspunten vóór de herkenning

- Risicofactoren geassocieerd met een placentaloslating (niet limitatief): roken, hypertensie, trauma, gebruik van cocaïne, grote multipariteit, gebruik van anticoagulantia, polyhydramnion, PPROM en lage socio-economische status;
- Symptomen suggestief voor een *solutio* (pathognomonisch noch limitatief):
 - Acut optredende hevige buikpijn (dolksteek);
 - Al dan niet (*concealed*) gevolgd door vaginaal bloedverlies (*revealed solutio*);
 - Desgevallend hypovolemische shock: duizeligheid, transpiratie, bleekheid, tachycardie, arteriële hypotensie;
 - Keiharde uterus, geen palpatie van kindsdelen mogelijk (*utérus en bois*);
 - Abnormaal foetaal hartritme;
- Rapportage in patiëntendossier:
 - *Informed consent*;
 - Zie specifiek aanbeveling foetale monitoring;
 - Pijnregistratie, pijnschaal (bijvoorbeeld VAS-score);

¹⁴²⁷ Preterm Premature Rupture of the Outer Membranes, het voortijdig breken van de vliezen.

¹⁴²⁸ Zie randnr. 515-518.

- Indien sprake van een voorafgaand risico: vroedvrouw werkt onder de verantwoordelijkheid van de gynaecoloog en meldt elk teken van pathologie;
- Adequate communicatie tussen verschillende zorgverleners (vooral vroedvrouw - gynaecoloog), bijvoorbeeld volgens ISBAR-principe: vroedvrouw deelt huidige situatie en relevante gegevens uit anamnese mee, interpreteert foetale monitoring, gevolgd door instructies van de gynaecoloog; dit proces herhaalt zich bij abnormaliteiten en/of discussie in het gevolgde beleid;

784. Aandachtspunten bij beleid

- Spoedsectio (levende foetus):
 - Protocol van het ziekenhuis;
 - Verwittigen van betrokken actoren: tweede vroedvrouw, gynaecoloog, operatiekwartier, anesthesist en pediater;
 - Zo lang mogelijk registratie van de foetale harttonen;
- Rapportage met namen zorgverleners, correcte tijdstippen en data in het patiëntendossier; het geniet de voorkeur een eigen feitenrelaas op te stellen, desgevallend na afstemming met de andere betrokken zorgverleners;
- Vóór de archivering: de verantwoordelijke vroedvrouw en arts (betrokken bij de sectio) controleren de volledigheid van het patiëntendossier (inclusief alle strips van de foetale monitoring en het operatieverslag).

V.2.6. Beleid bij schouderdystocie

A. Probleemstelling

785. Schouderdystocie kan een plexus brachialisletsel, met verlamningsverschijnselen (Erbse en Klumpke parese) tot gevolg, veroorzaken en kan gepaard gaan met sleutelbeen- en armbreuken.¹⁴²⁹ Uit case studies blijkt dat een letsel na schouderdystocie een niet verwaarloosbare oorzaak is van medische schadeclaims, zowel in het Verenigd Koninkrijk, België, Nederland als in Frankrijk.¹⁴³⁰

786. Het is vooral bij het opsporen van de risico's op en de aanpak van schouderdystocie dat de aansprakelijkheid van de zorgverlener betrokken kan zijn. De meeste claims gaan over drie aspecten:

- de zorgverlener moest de schouderdystocie voorzien hebben en indien nodig de noodzakelijke preventieve maatregelen genomen hebben;
- er waren voldoende risicofactoren opdat de moeder de keuze voor een sectio moest gehad hebben;
- het neurologisch letsel kan enkel veroorzaakt zijn door het 'te hard trekken' door de zorgverlener.¹⁴³¹

B. Juridische basis

§ 1. Bevoegdheid

787. De Belgische vroedvrouw moet in dringende gevallen noodzakelijke handelingen verrichten in afwachting van deskundige medische hulp, bijvoorbeeld de uitvoering van manoeuvres bij schouderdystocie. Bij pathologie werkt de vroedvrouw samen met de arts onder diens verantwoordelijkheid.¹⁴³²

¹⁴²⁹ V. REVICKY, S. MUKHOPADHYAY, E.P. MORRIS en J.J. NIETO, "Can we predict shoulder dystocia?", *Arch Gynecol Obstet* 2012, 291-295; R.J. JENNETT, T.J. THARBY en R.L. KRAUSS, "Erb's palsy contrasted with Klumpke's and total palsy: different mechanisms are involved", *Am J Obstet Gynecol* 2002, 1216-1220.

¹⁴³⁰ M. EGGERMONT, "De vroedvrouw en de gynaecoloog voor de rechter in België, Nederland en Frankrijk", in M. EGGERMONT (ed.), *Verloskunde in beweging II: de do's en don'ts in het voorkomen van aansprakelijkheid*, Antwerpen, Intersentia, 2014, 91; M. MENJOU, J. MOTTRAM, C. PETTS en R. STONER, "Common intrapartum denominators of obstetric brachial plexus injury (OBPI)", *NHSLA J* 2003, 2-22; P.E. TREFFERS, "Klachten en claims over verloskundige zorg; expertiserapporten door een deskundige uitgebracht in 10 jaar (1985-1995)", *Ned. TvG* 1996, 209-213; Claimkadaster VVOG 28 november 2003, Nr. 1552.

¹⁴³¹ B. LEIGH, "What are the lessons of recent obstetric legal zaken?", *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013, 631-640; H. LERNER, "Three Typical Claims in Shoulder Dystocia Lawsuits", *CRICO* 2007, 15-17.

¹⁴³² Art. 62, §2 WUG *juncto* artikel 7 KB 1991; zie hoofdstuk III.2.4.B.1.

788. Bij gebrek aan Belgische aanbevelingen behoort de inschatting van het risico op schouderdystocie tot de bevoegdheid en zorgvuldigheid van de individuele vroedvrouw en arts. Naast de Franse aanbeveling van het CNGOF,¹⁴³³ kunnen de richtlijnen van het NVOG,¹⁴³⁴ de RCOG en het ACOG inzake de voorspelbaarheid van, de risico's op en het beleid bij schouderdystocie een meerwaarde betekenen.¹⁴³⁵

§ 2. Informed consent

789. Het schatten van het geboortegewicht is belangrijk in de 'voorspelbaarheid' van schouderdystocie. Alhoewel de echografie in veel gevallen toelaat om een vrij goede schatting van de intra-uteriene gewichtsevolutie te maken, zijn de variabiliteit en de foutmarges te groot om als valabel instrument in de preventie van schouderdystocie te dienen. Noch een preventieve inductie, noch een primaire sectio vormen een valabel preventief instrument in het beleid rond schouderdystocie. De effecten van deze interventies tonen geen significante vermindering van het risico en de kosten-baten verhouding is zowel op medisch verloskundig als economisch vlak helemaal niet gunstig. Een gewichtsschatting kan evenwel aanzetten tot een verhoogde waakzaamheid of informering van de patiënte.¹⁴³⁶

790. Verschillende factoren zijn geassocieerd met schouderdystocie. Echter, noch elke factor apart, noch combinaties ervan zijn betrouwbaar in het voorspellen van het optreden van schouderdystocie. Het is wel aangewezen om bij bepaalde factoren, bijvoorbeeld macrosomie,¹⁴³⁷ (gestationele) diabetes en obesitas de patiënte in te lichten over het risico op schouderdystocie en de uitvoering van de manoeuvres die desgevallend zullen volgen. Het prenataal informeren van de patiënte vermindert de informatieverplichting bij het zich werkelijk manifesteren van schouderdystocie. In de postnatale periode is de zorgverlener aangewezen op het geven van duidelijke informatie, bijvoorbeeld wat betreft de nazorg van een arm-of schouderletsel. Gerichte doorverwijzing naar een pediatrische orthopedist is een optie.

¹⁴³³ CNGOF, *Recommandations pour la pratique clinique. Dystocie des épaules*, 2015, 14 p, zie <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/apercu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2015-RPC-DYSTOCIE-EPAULES.pdf&i=2174>.

¹⁴³⁴ NVOG, *Richtlijn schouderdystocie*, 2008, zie http://nvog-documenten.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=832.

¹⁴³⁵ RCOG, *Shoulder Dystocia (Green-top Guideline No. 42)*, 2012, 18 p, zie https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_42.pdf; ACOG, *Shoulder Dystocia*, 2002 (update in 2015).

¹⁴³⁶ B. DEMYTTENAERE, "Schouderdystocie: de nachtmerrie van de obstetricus?", *TvG* 2017, *in press*.

¹⁴³⁷ K.D. GREGORY, O.A. HENRY, E. RAMICONE, L.S. CHAN, en L.D. PLATT, "Maternal and infant complications in high and normal weight infants by method of delivery", *Obstet Gynecol* 1998, 507-513; J. BÉRARD, P. DUFOUR, D. VINATIER, D. SUBTIL, S. VANDERSTICHELE, J.C. MONNIER en F. PUECH, "Fetal macrosomia: risk factors and uitkomst: a study of the uitkomst concerning 100 zaken > 4500 g", *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998, 51-59.

C. Rechtspraakoverzicht inzake het beleid bij schouderdystocie

791. Bij de afwezigheid van risicofactoren en mits een correcte interventie (uitvoering van specifieke manoeuvres), beschouwt de rechtspraak schouderdystocie overwegend als een (onvoorzienbare) complicatie. Het niet correct uitvoeren van de manoeuvres of geen verdere differentiatie en diagnostisering bij de aanwezigheid van risicofactoren kan daarentegen de aansprakelijkheid van de zorgverlener met zich meebrengen.¹⁴³⁸

D. Gezondheidsrechtelijke aanbeveling inzake schouderdystocie

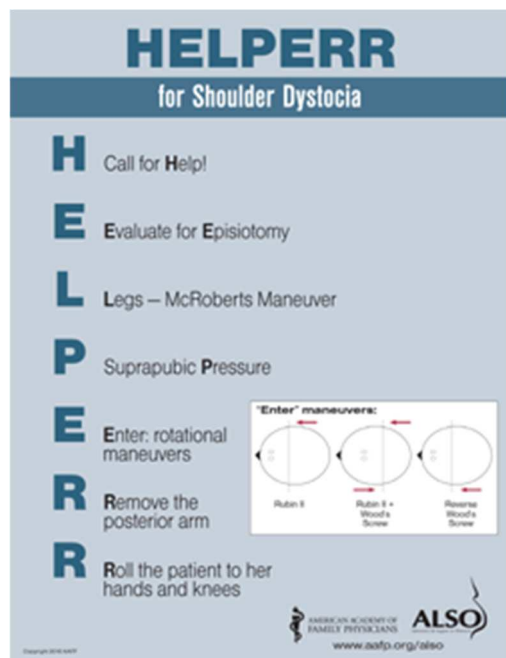
792. Aandachtspunten vóór de herkenning

- Risicofactoren geassocieerd met schouderdystocie (niet limitatief):
 - Macrosomie;
 - Grote gewichtstoename tijdens de zwangerschap;
 - Diabetes (gravidarum);
 - Serotiniteit (> 42 weken);
 - Schouderdystocie in de voorgeschiedenis;
 - Langdurige ontsluiting;
 - Langdurige uitdrijving;
 - Gebruik van forceps of ventouse wegens een niet-vorderende uitdrijving;
- Onderzoeken/interventie voor de opsporing van risicofactoren: echo, bloedafname enz;
- Rapportage in patiëntendossier:
 - Informed consent na inschatting van de risico's;
 - Onderzoeken naar risico's vermelden;
 - Indien sprake van een voorafgaand risico: vroedvrouw werkt onder de verantwoordelijkheid van de gynaecoloog en meldt elk teken van pathologie;
 - Adequate communicatie tussen verschillende zorgverleners (vooral vroedvrouw - gynaecoloog), bijvoorbeeld volgens ISBAR-principe: vroedvrouw deelt huidige situatie en relevante gegevens uit anamnese mee, interpreteert foetale monitoring, gevolgd door instructies van de gynaecoloog; dit proces herhaalt zich bij abnormaliteiten en/of discussie in het gevolgde beleid;

¹⁴³⁸ Zie randnr. 537-538.

793. Aandachtspunten bij het beleid:

- Evalueer de bevallingshouding en pas HELPERR toe (protocol van het ziekenhuis);



Bron van de afbeelding: AAFP¹⁴³⁹

- Assistentie vragen, bij voorkeur aanpak met minstens twee zorgverleners;
- Rapportage met de namen van de zorgverleners en van de correcte tijdstippen en data in het patiëntendossier; het geniet de voorkeur een eigen feitenrelaas op te stellen met vermelding van de indaling en positie van het foetale hoofd, de ernst van de dystocie, de volgorde, de tijdsduur/tijdsverloop van de uitvoering van de (verschillende) manoeuvres en desgevallend een motivatie voor de afwijking van het protocol;
- Vóór de archivering: de verantwoordelijke vroedvrouw en arts (betrokken bij de bevalling) controleren de volledigheid van het patiëntendossier (inclusief alle strips van de foetale monitoring en verslag van de interventie).

¹⁴³⁹ American Academy of Family Physicians, <https://nf.aafp.org/Shop/advanced-life-support-in-obstetrics/helperr-poster-shoulder-dystocia>.

V.2.7. Teamwork vanuit een gedeeld mentaal model met als basis het patiëntendossier

A. Probleemstelling

794. Overleg tussen zorgverleners en vertrouwen op elkaars deskundigheid, blijken geen evidentie te zijn. Zowel de vroedvrouw die bij een pathologische situatie geen gynaecoloog ter consult roept, als deze laatste die de informatie van de vroedvrouw in de wind slaat, zijn uitzonderlijk. Een zorgvuldig arts staat positief tegenover het inwinnen van een advies van een collega-arts met een specifieke expertise, noodzakelijk bij de aanpak van een bepaalde pathologie. Uit de rechtspraakanalyse bleek dat, het niet doorverwijzen naar een collega-zorgverlener als de problematiek de eigen expertise oversteeg en het niet goed raadplegen/updaten van het patiëntendossier de belangrijkste valkuilen inzake samenwerking waren. Dit maakt dat bij een evaluatie van de toestand in gezamenlijk overleg en met een beleid uitgestippeld in team (met kennis van het gedegen patiëntendossier), de schade naar alle waarschijnlijkheid beperkter of zelfs voorkomen kon zijn.

795. Het team van zorgverleners streeft een gemeenschappelijk doel na: kwalitatieve zorg voor elke patiënte en haar (ongeboren) kind. De nadruk ligt op ‘synergie’ bij het werken in team. Het resultaat van het teamwerk is groter dan de optelsom van de individuele prestaties. De nieuwe uitdagingen in de verloskundige zorg maken een betere afstemming van verschillende teamleden wenselijk, elk met hun eigen expertise.¹⁴⁴⁰ Het is wenselijk *breakdowns* in teamwork te vermijden.

796. Er is vooral een problematiek op het gebied van communiceren: relevantie van de gegevens, het gebruik van éénduidige terminologie, de noodzaak aan crisiscommunicatie, het gebruik van het geschikte medium en de controle op de inhoud. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat slecht teamwork en (gebrekkige) communicatie tot de voornaamste oorzaken behoren van *adverse events* in de gezondheidszorg. Zwakke communicatie en zwak teamwork verhogen de kans op fouten in de zorgverlening.¹⁴⁴¹

797. Eigenlijk is elke fout er potentieel één teveel. Belangrijk in dit verhaal is het ‘mentaal model’ van waaruit zorgverleners handelen. Dit concept werd voor het eerst begin de jaren 90 door de Amerikaanse psychologe Janis Cannon-Bowers gedefinieerd als “kennisstructuren van teamleden die het hen mogelijk maken om accurate verklaringen en verwachtingen van een taak te vormen en dat hen mogelijk maakt hun acties te coördineren en hun gedrag aan te passen aan de eisen van de

¹⁴⁴⁰ L. DE BLESER en K. BALDEWIJN, *Beleid, organisatie en kwaliteit in de gezondheidszorg*, Antwerpen, De Boeck, 2015, 224-225.

¹⁴⁴¹ L. ROES, S. DE SCHEPPER, O. TIMMERMANS, K. MONSIEURS, P. VAN BOGAERT en E. FRANCK, “Naar een veiligere patiëntenzorg: niet-technische vaardigheden van zorgverleners: literatuuroverzicht”, *TvG* 2016, 425-426; T. VANSWEEVELT, “Risk management: the importance of (better) communication between physician and patient before and after the operation”, *Books of proceedings 13th World Congress on Medical Law*, Volume II, Helsinki, 2000, 1195-1199.

taak binnen het geëigende werkdomein”.¹⁴⁴² Deze kennisstructuren zijn vooral bedoeld om de individuele zorgverlener, handelend in team, bij te staan in het beschrijven, verklaren en voorspellen van hetgeen rondom hem/haar gebeurt of zal gebeuren. Dit is vooral belangrijk voor het verhogen van de voorspelbaarheid (bijvoorbeeld van de uitkomst van een baby) en zorgt dus voor minder onzekerheid. De interactie tussen de teamleden stroomlijnt de mentale modellen van de teamleden, waardoor een ‘gedeeld mentaal model’ ontstaat. Het samenwerken vanuit een gedeeld mentaal model is positief voor de preventie van patiëntveiligheidsincidenten. Een dergelijk model faciliteert de anticipatie van de teamleden op de noden en acties van elkaar en bijgevolg het efficiënt coördineren, hetgeen de teamperformantie aanzienlijk verbetert. Dit is vooral noodzakelijk in dynamische omgevingen waar tijdsdruk expliciete planning en coördinatie uitsluit, hetgeen in de verloskunde zeker het geval is, bijvoorbeeld bij foetale nood. Teamperformantie en kwaliteit van zorg gaan immers hand in hand.¹⁴⁴³

798. Een praktisch voorbeeld van een gedeeld mentaal model in de gezondheidszorg is de ISBAR-methode (**I**dentify, **S**ituation, **B**ackground, **A**ssessment, **R**ecommendation), afgeleid van de SBAR-methode.¹⁴⁴⁴ Deze techniek is vooral bedoeld om door structuur de efficiëntie te verhogen om de kwaliteit van de communicatie tussen zorgverleners te optimaliseren.¹⁴⁴⁵ Het uiteindelijke doel is het verbeteren van de patiëntveiligheid.¹⁴⁴⁶

799. Uit de rechtspraakanalyse bleek dat in de begeleiding van de arbeidsfase het meest incidenten gebeuren. In deze fase komt een overleg tussen vroedvrouw en gynaecoloog het vaakst voor. Bij het aanwenden van de ISBAR methode deelt de vroedvrouw bij de start van het overleg haar identiteit en functie mee en de naam van een bepaalde patiënte (Identify). Vervolgens benoemt de vroedvrouw het probleem of de reden van de contactname (Situation). Het mededelen van de relevante gegevens uit de anamnese van de patiënte mag niet onderschat worden. Deze gegevens (bijvoorbeeld hoge bloeddruk, sectiolitteken) spelen immers een cruciale rol in het uitstippelen van het beleid door de gynaecoloog (Background). De vroedvrouw is opgeleid om het normale verloop van het geboorteproces te bewaken en is vaak de eerste zorgverlener die kennis kan krijgen van een

¹⁴⁴² Zie uitgebreid over ‘mental model’: J.A. CANNON-BOWERS, E. SALAS en S.A. CONVERSE, “Shared mental models in expert team decision making” in J.N.J. CASTELLAN (ed.), *Current issues in individual and group decision making*, Mahwah, Erlbaum, 1993, 221-246.

¹⁴⁴³ F. FRANK *et al.*, “To err is human: over de noodzaak en kracht van teamwork en communicatie in de verloskunde” in M. EGGERMONT (ed.), *Verloskunde in beweging III: de kracht van consensus*, Antwerpen, Intersentia, 2016, 117-120; S. MCCOMB en V. SIMPSON, “The concept of shared mental models in healthcare collaboration”, *J. Adv.Nurs.* 2014, 1480; B. VAN DEN BULCKE, *Kwaliteit van interprofessioneel teamwerk in een acute ziekenhuissetting: een interventiestudie op een intensieve zorgafdeling*, onuitg. masterproef Geneeskunde Universiteit Gent, 2011-12, 13-14.

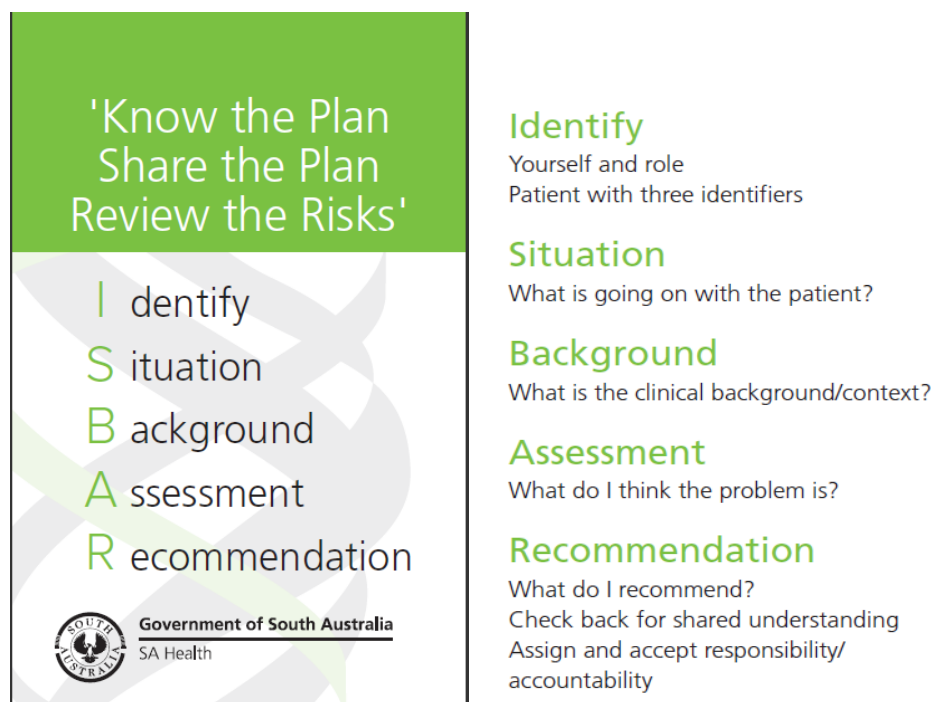
¹⁴⁴⁴ De SBAR-techniek is ontwikkeld door Michael Leonard, Doug Bonacum en Suzanne Graham in ‘Kaiser Permanente of Colorado’ in de Verenigde Staten; Zie voor meer info de site van het Amerikaanse “Institute for healthcare improvement”:

<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.aspx>

¹⁴⁴⁵ K. DEMEESTER, M. VERSPUY, K.G. MONSIEURS en P. VAN BOGAERT, “SBAR improves nurs-physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study”, *Resuscitation* 2013, 1192-1196.


¹⁴⁴⁶ Zie voor meer info de site van het Nederlandse Veiligheidsmanagementsysteem in de ziekenhuizen: http://www.vmszorg.nl/page/vms_inline?nodeid=4624&subjectid=6728.

risico of pathologie (Assessment). Derhalve is de omschrijving van de problematiek of abnormaliteiten van de vroedvrouw aan de gynaecoloog zeer determinerend voor de instructies van de gynaecoloog (Recommendation). Een afspraak voor een volgend evaluatiemoment beëindigt het overleg.



**'Know the Plan
Share the Plan
Review the Risks'**

I dentify
S ituation
B ackground
A ssessment
R ecommendation

 Government of South Australia
SA Health

Identify
Yourself and role
Patient with three identifiers

Situation
What is going on with the patient?

Background
What is the clinical background/context?

Assessment
What do I think the problem is?

Recommendation
What do I recommend?
Check back for shared understanding
Assign and accept responsibility/
accountability

Bron: SA Health Government of South Australia¹⁴⁴⁷

1447

<http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/clinical+resources/safety+and+quality/clinical+handover/isbar+-+identify+situation+background+assessment+and+recommendation>.

B. Juridische basis

800. Zowel de inhoud en als het telkens updaten van het patiëntendossier zijn in nationale wetgeving bepaald. Bij gebrek aan enige wetgevende bepaling inzake de communicatie tussen zorgverleners kan echter wel teruggегреpen worden naar bestaande regels betreffende communicatie en samenwerking.

C. Rechtspraakoverzicht

801. Zorgverleners worden vooral aansprakelijk gesteld voor het niet tijdig doorverwijzen, het niet verhogen van de frequentie van de overlegmomenten en het in de wind slaan van het belang van de inhoud van het patiëntendossier.¹⁴⁴⁸

D. Gezondheidsrechtelijke aanbeveling inzake teamwork vanuit een gedeeld mentaal model met als basis het patiëntendossier

802. Aandachtspunten vóór het overleg¹⁴⁴⁹

- *Cave* medische interventies doen zonder kennisname van het patiëntendossier en/of moederboekje (papier of elektronisch) en/of overleg met de collega-zorgverlener;
- Evalueer zelf de toestand van de patiënte, rekening houdend met de voorgeschiedenis en actuele gegevens (bijvoorbeeld medicatie, testresultaten, foetale monitoring, vaginaal onderzoek); pleeg geen overleg in de plaats van de behandelende zorgverlener, tenzij uit noodzaak/spoedeisendheid;
- Noteer meteen de evaluatie in het patiëntendossier en behoud er zicht op tijdens het overleg (correcte medische terminologie en schrijftaal);
- Gebruik een geschikt medium (vaste telefoon of GSM); Indien er geen antwoord komt op een telefoonoproep herhaalt de zorgverlener de oproep na 5 minuten, met uitzondering van een spoedsituatie waarbij meteen een collega verwittigd wordt (gekende organisatie van het wachtsysteem);

¹⁴⁴⁸ Zie randnr. 568-572.

¹⁴⁴⁹ Geïnspireerd op de SBAR Guidelines, "Guidelines for communicating with physicians using the SBAR process", zie voor meer info: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.aspx>.

803. Aandachtspunten tijdens het overleg¹⁴⁵⁰

➤ I= **Identify**

- Ik ben <naam zorgverlener en hoedanigheid> en bel over <patiënte en afdeling >

➤ S= **Situation**. Wat is de situatie?

- Het probleem waarover ik bel is.....
- Ik heb de patiënte net zelf geëvalueerd
- Ik maak mij zorgen over: foetale monitoring, bloeddruk, bloedverlies enz.

➤ B=**Background**. Wat is de voorgeschiedenis en feiten die aanleiding geven tot dit overleg?

- De toestand van de moeder/baby is...
- De foetale monitoring is als volgt...(FIGO richtlijnen CTG/STAN klinische richtlijnen)

➤ A=**Assessment**. Is er sprake van een normale situatie of een pathologie?

- Ik denk dat het probleem is.../het probleem lijkt...zijn/ik weet niet wat het probleem is, maar de maternale/foetale/neonatale toestand is zorgwekkend.

➤ R=**Recommendation**. Waar stuur je op aan?

- Ik stel voor dat we <vertel wat je wilt dat er gebeurt>:
 1. Nu meteen moet langs komen om de patiënte te zien
 2. Tussen nu en < bepaalde tijd> moet komen om de patiënte te zien
 3. Telefonisch mijn vraag kunt afhandelen:
 - Zijn er nog testen nodig?
 - Laboratoriumtesten of scans/foto's
 - Spreek volgend evaluatiemoment af en wanneer/waar hij/zij te bereiken is

➤ Rapportage in het patiëntendossier:

- Bij voorkeur op het moment zelf of meteen na het overleg;
- Naam zorgverlener en tijdstip interventie;

¹⁴⁵⁰ Geïnspireerd op het SBAR Worksheet, "SBAR report to physician about a critical situation", zie voor meer info: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.aspx>.

- Weergave van zelf doorgegeven informatie;
- Weergave van gekregen instructies of afspraken;
- Bij acute situaties: reflectie van de feiten *post factum* (waarheidsgetrouw);

804. Aandachtspunten voor het verslag van de arbeid/bevalling in het patiëntendossier

- Specifieke aandachtspunten (desgevallend grafisch in het partogram):
 - tijdstip en tekenen van het begin van de arbeid;
 - maternale parameters (o.m. bloeddruk, pols, temperatuur);
 - klinische tekens (o.m. pijnbeleving, bloedverlies, vruchtwater, mictie);
 - toediening van infuus en/of medicatie;
 - plaatsing van epidurale analgesie;
 - weeënactiviteit;
 - interpretatie van de foetale monitoring;
 - resultaat van het vaginaal onderzoek (o.m. verstrijking, ontsluiting, status vliezen, aard/stand voorliggend deel en indaling);
 - tijdstip van het begin van de uitdrijvingsfase;
 - perstechniek en baringshouding;
 - interventies met het oog op de bespoediging van de uitdrijvingsfase (o.m. ventouse, forceps, fundusdruk, suprapubische druk, episiotomie);
 - tijdstip van geboorte van de baby en het resultaat van het eerste onderzoek (o.m. Apgar-score en PH-metrie navelstrengbloed);
 - traumata baringskanaal;
 - contractietoestand van uterus;
 - postpartumbloedverlies;
 - tijdstip van geboorte van placenta en het uitzicht van de placenta;
 - tijdstip van overdracht en identiteit van de zorgverlener van de materniteit, die de patiënte overneemt;
 - namen van alle betrokken zorgverleners.
- Vóór de archivering: de verantwoordelijke vroedvrouw en arts (betrokken bij de bevalling) controleren de volledigheid van het patiëntendossier (inclusief alle strips van de foetale monitoring).

BESLUIT

805. Deze gezondheidsrechtelijke aanbevelingen beogen bewustwording over de kracht van consensus en het stimuleren van zorgverleners om op verschillende niveaus (ziekenhuis, beroepsorganisatie, nationaal, ...) de expertises te bundelen en onder meer (zorg)richtlijnen, protocollen en informed consent formulieren op te stellen. Het besteden van de nodige aandacht aan goede communicatie en de inhoud van het patiëntendossier vallen hier ook onder. In elk geval zullen deze aanbevelingen aangeboden worden aan de VBOV en de VVOG voor verdere implementatie, bijvoorbeeld onder de vorm van effectieve medische zorgrichtlijnen, waarin ook de aandacht wordt gevestigd op het belang van een goede verslaggeving en communicatie.

806. Een zorgvuldige vroedvrouw of gynaecoloog laat zich ook geregeld bijscholen. Het volgen van bijvoorbeeld een (tweejaarlijkse) vorming inzake foetale monitoring en het beleid bij schouderdystocie (*skill drill* van de manoeuvres), voorzien van de gepaste accreditatie, zullen hun doel niet missen. Het bijwonen van (externe/interne) vormingen in samenwerking met collega-zorgverleners, verzekeraars en juridische experts in het gezondheidsrecht strekt tot de aanbeveling.

V.3. GEDRAGSCODE OMGAAN MET INCIDENTEN IN DE VERLOSKUNDE (GOMIV)

V.3.1. Doel

807. De “Gedragscode **OM**gaan met een Incident binnen de Verloskunde” (GOMIV) is ook een initiatief van de werkgroep *Create Life*.

808. De GOMIV dient de belangen van de individuele zorgverlener, maar in harmonie met de belangen van de rechtzoekende schadelijders, die menen het slachtoffer te zijn van een (verloskundig) incident. Het empathisch en communicatief vermogen van de zorgverlener, bijgestaan door zijn/haar BA-verzekeraar, speelt een cruciale rol in de afhandeling van het incident. De werkgroep *Create Life* maakt zich sterk dat een adequate respons op een incident de gerechtelijke tussenkomsten kan verminderen, maar zonder belangenverlies voor de zorgverlener, de schadelijders en de BA-verzekeraar.

809. Centraal in de GOMIV staat de *open disclosure* cultuur bij zowel de schadelijder(s), als de collega-zorgverleners (binnen de zorginstelling en binnen de professionele beroepsorganisaties), met het oog op de preventie van gelijkaardige incidenten.

810. De GOMIV bestaat enerzijds uit een stappenplan bij twee situaties: bij de confrontatie met een incident, maar nog zonder klacht en na de ontvangst van een (officiële) klacht. Anderzijds bevat de GOMIV ook drie gedragsregels: I inzake de communicatie met de schadelijder, II inzake de communicatie met de BA-verzekeraar en III inzake de rechten van verdediging van de zorgverlener.

811. Bij de confrontatie met medische incidenten, kan het volgen van deze gedragscode een meerwaarde betekenen. Gedragsregels hebben geen bindende werking.¹⁴⁵¹

¹⁴⁵¹ M. EGGERMONT, “De juridische waarde van richtlijnen voor kwaliteitsvolle zorg bij de beoordeling van de aansprakelijkheid van de zorgverlener”, *TvG* 2016, afl. 19, 1102.

V.3.2. Te ondernemen stappen na een incident, zonder een klacht

1. De betrokken zorgverlener (en/of diensthoofd/hoofdvroedvrouw) **betuigt** in naam van de zorginstelling haar/zijn **spijt** voor het incident (staat volledig los van schuldkenning). Respect voor de gevoelens van de schadelijder(s) en empathie staan centraal. Een dergelijk gesprek wordt, indien wenselijk, herhaald bij ontslag. (zie GEDRAGSREGEL I)
2. De betrokken zorgverlener zorgt voor een **volledig ingevuld patiëntendossier** met een eigen opgesteld **feitenrelaas**: waarheidsgetrouwe weergave van de feiten en/of gemotiveerde afwijking van het protocol (geen subjectieve interpretatie). De betrokken zorgverlener bewaart een kopie van het patiëntendossier in de zorginstelling om indien nodig in zijn/haar verdediging te voorzien of voor intervisiemomenten.
3. De betrokken zorgverlener doet een **pro forma aangifte** bij de **BA-verzekeraar**: deze heeft de mogelijkheid om haar rol (leider van het geding) en bijstand (psychologisch, in de communicatie met de pers) in de afhandeling van dit incident mee te delen aan de verzekerde zorgverlener. (zie GEDRAGSREGEL II)
4. De betrokken arts richt een **schrijven**, met het omstandig verloop van de feiten, inclusief follow-up en eventueel voorgestelde therapie, aan de **huisarts** van de patiënte.
5. De betrokken zorgverlener licht de **ombudsdienst** van de zorginstelling in, die desgevallend de nodige stappen onderneemt voor de financiële afhandeling van additionele kosten en de psychologische bijstand aan de schadelijders.
6. Op initiatief van het diensthoofd en/of de hoofdvroedvrouw wordt een **teamvergadering** (transparantie) georganiseerd met volgende doelstellingen:
 - het analyseren van het incident (retrospectieve risicoanalyse);
 - het formuleren van leerpunten om gelijkaardige incidenten in de toekomst te voorkomen (intervisie en kwaliteitsverbetering);
 - het bespreekbaar maken van incidenten in een open feedbackcultuur.
7. Er wordt **discreet** omgegaan met de gegevens van het incident naar niet betrokken derden toe (bijstand van de persverantwoordelijke van de zorginstelling en/of communicatieverantwoordelijke van de BA-verzekeraar).
8. Op het niveau van de zorginstelling wordt **nazorg** geboden:
 - emotionele ondersteuning/ventilatie door het diensthoofd en/of de hoofdvroedvrouw en/of psycholoog in de verwerking van het incident door de betrokken zorgverlener of het team;
 - adequate behandeling van de schade, desgevallend met doorverwijzing van de patiënt(e) (schadebeperkingsplicht).

V.3.3. Te ondernemen stappen na een (officiële) klacht

812. De voorbode van een klacht is vaak de vraag van de patiënte om een kopie van haar patiëntendossier te bekomen. Als wettelijke vertegenwoordiger van haar minderjarig kind, kan de patiënte ook een kopie opvragen van het dossier van de baby. Bij het overlijden van de moeder of de baby kan alleen een andere beroepsbeoefenaar inzage van het patiëntendossier bekomen, op vraag van een echtgenoot, de wettelijk samenwonende partner, de partner of de bloedverwanten tot en met de tweede graad.¹⁴⁵²

813. De kennisname van een klacht door een zorgverlener kan gebeuren via:

- A. een gesprek met de schadelijder(s)
- B. de ombudsdienst van de zorginstelling
- C. een (aangetekend) schrijven van de (advocaat van de) schadelijder(s), de (rechtsbijstands)verzekering of mutualiteit
- D. een schrijven van het Fonds voor de Medische Ongevallen (FMO)
- E. een dagvaarding bij een burgerlijke procedure
- F. de oproeping voor een verhoor door de gerechtelijke politie/onderzoeksrechter bij een strafrechtelijke procedure.

814. Deze concrete stappen onderneemt de betrokken zorgverlener bij voorkeur:

1. De betrokken zorgverlener zorgt voor een **volledig ingevuld patiëntendossier** met eigen opgesteld **feitenrelaas**: waarheidsgetrouwe weergave van de feiten en/of gemotiveerde afwijking van het protocol (geen subjectieve interpretatie). De betrokken zorgverlener bewaart een kopie van het patiëntendossier in de zorginstelling om in zijn/haar verdediging te voorzien of voor intervisiemomenten.
2. De betrokken zorgverlener doet **aangifte** van het incident aan de **BA-verzekeraar**. De betrokken zorgverlener stelt zich maximaal ter beschikking voor het verschaffen van inlichtingen aan de advocaat en/of raadsgeneesheer van de verzekeraar.¹⁴⁵³
3. Er vindt een **overleg** plaats tussen de betrokken zorgverlener (desgevallend met assistenten of studenten), het diensthoofd, de hoofdvroedvrouw en de advocaat en/of raadsgeneesheer van de BA-verzekeraar op basis van het patiëntendossier. (zie GEDRAGSREGEL II)
4. Indien dit nog enige meerwaarde zou hebben (enkel bij A, B en C), wordt een **overleg** gepland **met de schadelijder(s)** en de betrokken zorgverlener, het diensthoofd, de

¹⁴⁵² Art. 9, §4 Wet patiëntenrechten 2002; Onder 'beroepsbeoefenaar' wordt een zorgverlener bedoeld die opgenomen is in de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen, zoals een arts, een verpleegkundige, een vroedvrouw, een paramedicus enz.

¹⁴⁵³ Art. 74, §1 Verzekeringswet.

hoofdvroedvrouw en de jurist/advocaat van de zorginstelling. Het betuigen van spijt voor het incident (geen schuldbekentenis) staat centraal. (zie GEDRAGSREGEL I)

5. Op initiatief van het diensthoofd en/of de hoofdvroedvrouw wordt een **teamvergadering** (transparantie) georganiseerd met volgende doelstellingen:
 - het analyseren van het incident (retrospectieve risicoanalyse);
 - het formuleren van leerpunten om gelijkaardige incidenten in de toekomst te voorkomen (intervisie en kwaliteitsverbetering);
- Tevens worden de collega-zorgverleners, met bijstand van de jurist van de zorginstelling, ingelicht over de stand van zaken in de procedure.
6. Er wordt **discreet** omgegaan met de gegevens van het incident naar niet betrokken derden toe (bijstand van de persverantwoordelijke van de instelling en/of communicatieverantwoordelijke van de BA-verzekeraar).
 7. Op het niveau van de zorginstelling wordt **nazorg** geboden:
 - emotionele ondersteuning/ventilatie door het diensthoofd en/of de hoofdvroedvrouw en/of psycholoog in de verwerking van het incident door de betrokken zorgverlener of het team;
 - juridische ondersteuning door de jurist van de zorginstelling.

Ook de schadebeheerder van de BA-verzekeraar staat de betrokken zorgverlener bij in de juridische afhandeling van het incident.

8. De betrokken zorgverlener volgt de procedure van de **interne incidentenmelding** in het ziekenhuis (indien aanwezig).
9. De betrokken zorgverlener volgt de procedure van de **externe incidentenmelding** via de beroepsorganisatie (indien aanwezig).
10. Op de BA-verzekeraar rust de verantwoordelijkheid om een klacht zorgvuldig en zonder verwijl te beoordelen en te behandelen:

§1. Nog geen juridische procedure (dus gevallen A, B en C)

De BA-verzekeraar maakt zo vlug mogelijk zijn regelingsinzichten over aan de (advocaat van de) schadelijder(s) en de verzekerde zorgverlener:

- gemotiveerde afwijzing van de aansprakelijkheid van de betrokken zorgverlener;
- gemotiveerde erkenning van de aansprakelijkheid (desgevallend partieel); een minnelijke medische expertise/regeling wordt overwogen.

§2. Procedure bij het FMO (zie GEDRAGSREGEL III)

De wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg voerde een ruim omschreven en streng gesanctioneerde mededelingsverplichting in voor de zorgverlener betrokken bij een incident. Actief

meewerken als betrokken zorgverlener binnen de voorziene termijnen is een must, op straffe van het betalen van een forfaitaire vergoeding, dat buiten de dekkingsplicht van de BA-verzekeraar valt.¹⁴⁵⁴

De BA-verzekeraar staat de betrokken zorgverlener in deze specifieke procedure met raad en daad bij.

§3. Burgerlijke of strafrechtelijke procedure (zie GEDRAGSREGEL III)

- In een strafrechtelijke procedure verdedigt een eigen gekozen advocaat de belangen van de betrokken zorgverlener.
- In een burgerlijke procedure of de afhandeling van de burgerlijke belangen in een strafzaak heeft de verzekeraar de leiding over het geding¹⁴⁵⁵ en verdedigt de advocaat van de BA-verzekeraar de belangen van de betrokken zorgverlener (vaak geen eigen keuze van advocaat).
- De advocaat onderhoudt directe communicatie met de betrokken zorgverlener inzake het verloop en de mogelijkheden van een gerechtelijke procedure (verhoren, expertises, zittingen voor de rechtbank enz.).
- De betrokken zorgverlener verschaft omstandige en correcte informatie op vraag van de advocaat voor het opstellen van conclusies en het bijwonen van expertises/zittingen.

Indien de betrokken zorgverlener straf- of burgerrechtelijk aansprakelijk wordt gesteld, dekt de BA-verzekeraar enkel de vergoeding van de schade. Het is de rechtsbijstandsverzekeraar die de kosten voor de bijstand van een advocaat en de gerechtskosten (onder meer de expertisekosten en rechtsplegingsvergoeding) voor zijn rekening neemt. In een strafprocedure staat de veroordeelde zorgverlener zelf in voor de betaling van de strafrechtelijke boete.

¹⁴⁵⁴ Zie voor meer info over de werking van het FMO <http://www.fmo.fgov.be/>; T. VANSWEEVELT, *De Wet Medische Ongevallen*, 1624-1664.

¹⁴⁵⁵ Art. 143 Verzekeringswet; Zie uitgebreid T. VANSWEEVELT en B. WEYTS, *Handboek verzekeringsrecht*, 727-738.

V.3.4. GEDRAGSREGEL I inzake het overleg met de schadelijder(s): open communicatie

815. Het toenmalig departementshoofd gezondheidszorg van het Verenigd Koninkrijk, Liam Donaldson, stelde op het congres van de Wereld Gezondheidsorganisatie inzake patiëntveiligheid in 2004 “*to err is human, to cover up is unforgivable, to fail to learn is inexcusable*”.¹⁴⁵⁶ Een *open disclosure* cultuur (open klimaat en proactieve houding) naar klachten toe staat hierbij centraal. Ook de Nationale Raad van de Orde van Artsen adviseert artsen om bij een incident de feiten “open, volledig en zonder enige terughoudendheid” te bespreken met hun patiënten.¹⁴⁵⁷ Het gebrek aan communicatie tussen zorgverlener en patiënt/nabestaanden of het omslaan van de vertrouwensrelatie in onbegrip en wantrouwen, kan het opstarten van een gerechtelijke procedure in de hand werken.¹⁴⁵⁸

816. Bij een schadegeval is er sprake van een spanningsveld tussen de rechten en plichten van de verschillende betrokken partijen: 1) het recht van de patiënt op informatie en inzage in het patiëntendossier, 2) de plicht van de zorgverlener om deze rechten van de patiënt te respecteren en te zorgen voor continue zorg, maar ook het recht van de zorgverlener op verdediging, 3) de plicht van de verzekeraar, ook al heeft hij de leiding in het verweer, om zich aan de overeenkomst met de verzekerde zorgverlener te houden en 4) de plicht van de zorginstelling om via de ombudsdienst voor de patiënt een klachtenbemiddeling te voorzien.¹⁴⁵⁹ Om de inhoud in kaart te brengen van het overleg met de schadelijder(s) zijn vooral de draagwijdte van de rechten van de patiënt enerzijds en de rechten van verdediging van de zorgverlener anderzijds belangrijk.

A. De rechten van de patiënt

817. De Belgische overheid legde de minimumvereisten vast inzake informatie aan de schadelijder(s). De Wet Patiëntenrechten van 2002 bekrachtigde in de artikelen 7 en 8 het recht op informatie van de patiënt en maakte daarbij een duidelijk onderscheid tussen de diagnose-informatie of gezondheidstoestandinformatie en de toestemmingsinformatie. De diagnose-informatie is de “informatie die nodig is om inzicht te krijgen in zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan”. De toestemmingsinformatie omvat “de inlichtingen die aan de patiënt worden verstrekt met het oog op het verlenen van diens toestemming (...) betrekking (hebbend) op het doel,

¹⁴⁵⁶ J. FEINMANN, “You can say sorry”, *BMJ* 2009, afl. 339, 482-483; Tweet van Liam Donaldson 10 november 2011.

¹⁴⁵⁷ Nationale Raad, *Nota Symposium Aansprakelijkheid en medische ongevallen. Fault, no fault, or...?* (14 juni 2000), *TNR* 2000, afl. 89, 17.

¹⁴⁵⁸ P. SELLESLAGH, “Openheid na medische fout vermindert rechtszaken”, *Artsenkrant* 15 oktober 2010, nr. 2111; T. VANSWEEVELT en V. PETITAT, “De erkenning van feiten en van fouten door een arts-verzekerde na een schadegeval: when sorry seems to be the hardest word?”, *T.Gez.* 2002-03, 307.

¹⁴⁵⁹ T. BALTHAZAR, “Het spanningsveld tussen het recht op informatie van de patiënt, het recht op verdediging van de zorgverlener, de leiding van het verweer door de verzekeraar en optimale communicatie na een ongeval in de gezondheidszorg” in M. EGGERMONT (ed.), *Verloskunde in beweging II: de do's en don'ts in het voorkomen van aansprakelijkheid*, Antwerpen, Intersentia, 2014, 205-206. (hierna: T. BALTHAZAR, *Het spanningsveld tussen het recht op informatie van de patiënt, het recht op verdediging van de zorgverlener*).

de aard, de graad van urgentie, de duur, de frequentie, de voor de patiënt relevante tegenaanwijzingen, nevenwerkingen en risico's verbonden aan de tussenkomst, de nazorg, de mogelijke alternatieven en de financiële gevolgen".¹⁴⁶⁰

818. Sinds 2014 werd aan het hierboven weergegeven lijstje van te vermelden gegevens een bijkomende informatieplicht toegevoegd. Zorgverleners moeten de patiënt ook informeren over hun verzekeringsdekking of een andere individuele of collectieve vorm van bescherming met betrekking tot hun beroepsaansprakelijkheid.¹⁴⁶¹

B. De plichten en rechten van de zorgverlener

819. Het is de plicht van de betrokken zorgverlener om de patiënt te informeren omtrent de *gevolgen* van een medisch incident, maar niet noodzakelijk omtrent de *oorzaken*. In de mate dat een ongeval impact heeft op de gezondheidstoestand van de patiënt en deze (al dan niet blijvend) nadelig beïnvloed wordt, omvat het recht op diagnose-informatie, het recht op informatie over de actuele (na en door het ongeval nadelig beïnvloede) gezondheidstoestand en de 'vermoedelijke evolutie' daarvan. Indien er bovendien een behandelingsperspectief bestaat en de nadelige gevolgen van het ongeval kunnen verminderd of beheerst worden, dan moet ook deze informatie medegedeeld worden. Dit is belangrijk vanuit het perspectief van het recht op kwaliteitsvolle zorg van de patiënt en de hulpverleningsverplichting van de zorgverlener. Het recht op informatie over de gezondheidstoestand houdt niet noodzakelijk een afdwingbaar recht in omtrent de iatrogene oorzaken. Er kan bovendien niet gesteld worden dat de oorzaken van een medisch incident, bijvoorbeeld onderbestaffing, slechte communicatie tussen zorgverleners of een foute notitie in het patiëntendossier nog onder de noemer vallen van 'gezondheidsinformatie'.¹⁴⁶² Het feit dat het recht op informatie als een 'continuüm' (voor, tijdens en na de interventie) mag worden beschouwd,¹⁴⁶³ doet geen afbreuk aan dit gegeven. Hoewel de oorzaken in beginsel *mogen* meegedeeld worden, kunnen er redenen zijn om dit minstens niet actief en spontaan te doen en zijn sommige van deze motieven te verantwoorden door de rechten van de betrokken zorgverlener of derden. Men houdt zich daarom beter aan de feiten en men spreekt zich niet uit over het handelen van collega-zorgverleners of interne organisatiemoeilijkheden. Mogelijks zijn de oorzaken nog niet helemaal duidelijk of is er (technische) betwisting omtrent de precieze oorzaak. Misschien werd de schade veroorzaakt door samenlopende fouten of onzorgvuldigheden van meerdere zorgverleners en is niet iedereen het eens met het actief verschaffen van informatie. Een dergelijke verplichting bestaat wel, indien de informatie omtrent de oorzaken (en dus mogelijk ook over de professionele fout)

¹⁴⁶⁰ T. VANSWEEVELT en S. TACK, *Het recht op gezondheidstoestandinformatie en geïnformeerde toestemming*, 336; S. TACK en T. BALTHAZAR, *Patiëntenrechten: informed consent in de zorgsector: recente evoluties*, Gent, Larcier, 2007, 3.

¹⁴⁶¹ Art. 8/1 Wet Patiëntenrechten.

¹⁴⁶² H. NYS, *Geneeskunde. Recht en medisch handelen*, Brussel, Story, 2005, 148-149.

¹⁴⁶³ D. MAYERUS en P. STAQUET, "La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient et son impact sur la relation patient-médecin", *DCCR* 2002, 17-18.

noodzakelijk is voor de organisatie van de (na)behandeling. Desgevallend verwijst de zorgverlener door naar een zorgverlener met een bijzondere expertise in die bepaalde pathologie.¹⁴⁶⁴ De uitoefening van het recht op verdediging mag immers niet tot gevolg hebben dat aan de patiënt noodzakelijke zorgen worden onthouden. Dit zou strafrechtelijk zelfs als schuldig verzuim kunnen beschouwd worden.¹⁴⁶⁵

820. Ingevolge het recht van de patiënt op een zorgvuldig en volledig bijgehouden patiëntendossier,¹⁴⁶⁶ mag de zorgverlener niet zelf een selectie doorvoeren in informatie inzake de ongewenste schadelijke effecten of feiten die mogelijks de aansprakelijkheid van een zorgverlener in het gedrang zouden brengen. In het kader van de verslaggeving over het diagnostisch proces kunnen deze gegevens wel in het dossier aan bod komen. Een analyse van het aansprakelijkheidsvraagstuk, dus een verslag over wie wat wanneer heeft veroorzaakt, is dan weer een brug te ver en hoeft niet in het patiëntendossier te worden opgenomen. Dezelfde redenering gaat op betreffende de communicatiekanalen die werden aangesproken na het incident, zoals de verzekeraar, het parket of de Orde van Artsen.¹⁴⁶⁷

821. Het is het recht van de verzekerde om feiten te erkennen, om vragen van de patiënt inzake het verloop/omstandigheden van het schadegeval te beantwoorden. Het debat over de aansprakelijkheid hoeft niet met de patiënt, maar wel met de rechtbank worden gevoerd. Dit situeert zich binnen een gerechtelijke procedure, die bovendien onder leiding van de verzekeraar gebeurt.¹⁴⁶⁸

822. De werkelijke rechten van verdediging zijn afhankelijk van het soort procedure (via het FMO, burgerlijk of strafrechtelijk) waarin de zorgverlener betrokken is. Dit is het onderwerp van Gedragsregel III.

¹⁴⁶⁴ Ook een wettelijke verplichting overeenkomstig art. 31/1 WUG.

¹⁴⁶⁵ T. BALTHAZAR, *Het spanningsveld tussen het recht op informatie van de patiënt, het recht op verdediging van de zorgverlener*, 205-206.

¹⁴⁶⁶ Art. 9 Wet Patiëntenrechten.

¹⁴⁶⁷ T. BALTHAZAR, *Het spanningsveld tussen het recht op informatie van de patiënt, het recht op verdediging van de zorgverlener*, 208-209.

¹⁴⁶⁸ T. VANSWEEVELT en B. WEYTS, *Handboek verzekeringsrecht*, 747-748.

C. Wijze van communiceren

823. Naast de inhoud van het gesprek met de schadelijder(s) is ook de wijze van communiceren cruciaal.

824. Het Vlaams Patiëntenplatform benadrukt het belang van openheid en is voorstander van de ontwikkeling van ‘nationale richtlijnen voor open communicatie na een medisch ongeval’. Het betuigen van spijt, de patiënt informeren over (de gevolgen van) van het incident en het beleid om herhaling te voorkomen, zijn de belangrijkste invalshoeken.¹⁴⁶⁹

825. Het is aangewezen om het incident niet te minimaliseren of te maskeren. Schadelijders hebben doorgaans “*very well tuned bullshit sensors*” en zijn op hun hoede voor doofpotoperaties. Belangrijk is het betuigen van medeleven en het meedelen van concrete acties die de zorginstelling zal ondernemen om een gelijkaardig incident te vermijden, in het kader van kwaliteitsmanagement.¹⁴⁷⁰ Zich empathisch opstellen is de boodschap, zonder over te gaan tot een erkenning van aansprakelijkheid en/of toezegging inzake een schadevergoeding, hetgeen niet aan de orde is. Deze problematiek komt aan bod in Gedragsregel II.

¹⁴⁶⁹ Vlaams Patiëntenplatform, *Nationale richtlijnen voor open communicatie na een medisch incident*, persbericht 8 september 2015, <http://vlaamspatiëntenplatform.be/blogs/persbericht-vpp-open-communicatie-na-medisch-incident>.

¹⁴⁷⁰ J. FEINMANN, “You can say sorry”, *BMJ* 2009, afl. 339, 482; J. LEGEMAATE, J.J. E. VAN EVERDINGEN, J. KIEVIT en J.W.M. STAPPERS, “Openheid over fouten in de gezondheidszorg”, *Ned.TvG* 2007, afl. 151, 319-322.

V.3.5. GEDRAGSREGEL II inzake het overleg met de BA-verzekeraar: relevante informatie verstrekken

826. Zoals de gedragscode vermeldt, dient de zorgverlener vooreerst aangifte te doen van het incident aan de verzekeraar, “zodra mogelijk en in elk geval binnen de termijn bepaald in de overeenkomst”.¹⁴⁷¹ In de praktijk gebeurt dit via een standaard meldingsformulier van de verzekeraar zelf of elektronisch.

827. In het kader van de gegevensoverdracht tussen de betrokken zorgverlener en de BA-verzekeraar is het belangrijk dat de verzekerde “zonder verwijl alle nuttige inlichtingen aan de verzekeraar verstrekt en op de vragen antwoordt die worden gesteld, teneinde de omstandigheden en de schade te kunnen vaststellen”.¹⁴⁷² De verzekerde moet te goeder trouw meewerken aan de informatieverzameling door de verzekeraar, maar het betreft natuurlijk enkel documenten en informatie die redelijkerwijs relevant zijn voor de beoordeling van het schadegeval door de verzekeraar.¹⁴⁷³ Het is de betrokken zorgverlener die de opportuniteit inschat van het mededelen van bepaalde gegevens, maar een goed ingevuld patiëntendossier vormt de basis. Aangezien de medische gegevens in de praktijk steeds door een raadsgeneesheer, aangesteld door de verzekeraar, worden bekeken, mag de zorgverlener erop vertrouwen dat het beroepsgeheim en de privacy van de patiënt niet worden geschonden. Het is ook belangrijk dat de zorgverlener de correspondentie die hij intussen heeft ontvangen via de patiënt (diens verzekeraar of advocaat), gerechtelijke instanties of het FMO, onverwijld overmaakt aan de verzekeraar.¹⁴⁷⁴

828. De BA-verzekeraar van de betrokken zorgverlener voorziet een tegemoetkoming voor de schade ontstaan uit een onzorgvuldigheid in de verloskundige zorgverlening. De betrokken zorgverlener mag echter niet uit het oog verliezen dat het wel degelijk de verzekeraar is die de leiding neemt in de (burgerlijke) procedure en de strategie bepaalt.¹⁴⁷⁵ Verzekeraar en verzekerde hoeven dus niet op dezelfde lijn te zitten, het is de verzekeraar die de touwtjes strak in handen heeft. Dit betekent concreet dat de verzekeraar kan weigeren om schadevergoeding uit te keren, ondanks de overtuiging van de betrokken zorgverlener dat de voorwaarden voor aansprakelijkheid voldaan zijn, en dat de verzekeraar kan beslissen om schadevergoeding uit te keren, hoewel de betrokken zorgverlener meent dat de voorwaarden voor aansprakelijkheid niet voldaan zijn.¹⁴⁷⁶

¹⁴⁷¹ Art. 74, §1 Verzekeringswet.

¹⁴⁷² Art. 74, § 2 Verzekeringswet.

¹⁴⁷³ T. VANSWEEVELT en B. WEYTS, *Handboek verzekeringsrecht*, 478-480.

¹⁴⁷⁴ T. BALTHAZAR, *Het spanningsveld tussen het recht op informatie van de patiënt, het recht op verdediging van de zorgverlener*, 224-225.

¹⁴⁷⁵ Art. 143, lid 2 Verzekeringswet; Zie uitgebreid M. KRUIHOF, “De leiding van het geschil door de aansprakelijkheidsverzekeraar” in T. VANSWEEVELT en B. WEYTS (eds.) *De aansprakelijkheidsverzekering in ontwikkeling*, Antwerpen, Intersentia, 2016, 1-95.

¹⁴⁷⁶ P. VAN DE SYPE, “Over het leiden en lijden van de verzekeraar” in VLAAMS PLEITGENOOTSCHAP BIJ DE BALIE TE BRUSSEL (ed.), *Verzekeringen en gerechtelijke procedures*, Kalmthout, Biblo, 1996, 45.

829. Bijgevolg stelt zich de vraag naar de juridische gevolgen van een erkenning van fout of aansprakelijkheid van de verzekerde door de verzekeraar. Wat is met andere woorden de waarde van de erkenning door de verzekeraar voor de schadelijder(s)? Heeft deze erkenning dezelfde waarde voor de verzekerde zelf?

Om de eerste vraag te beantwoorden is het belangrijk een onderscheid te maken tussen de erkenning van een fout en de erkenning van (de voorwaarden tot) aansprakelijkheid van de verzekerde door de verzekeraar.

Een erkenning van een fout door een verzekeraar is niet altijd een beslissing tot dekking van het schadegeval. De verzekeraar laat immers nog steeds de mogelijkheid open om zowel de schade als (vooral) het causaal verband tussen de fout en de schade te betwisten.¹⁴⁷⁷ Alleen de aanwezigheid van een fout is onvoldoende om tot een verbintenis tot schadevergoeding op basis van aansprakelijkheid te besluiten.

Een erkenning van aansprakelijkheid door een verzekeraar is geen bekentenis in de zin van artikel 1354 e.v. BW, waardoor de bewijsplicht van de eisende partij zou vervallen. Aansprakelijkheid wordt vastgesteld bij een rechterlijke beslissing.¹⁴⁷⁸ De erkenning kan wel een verbintenis tot schadeloosstelling inhouden, omdat de erkenning soms te beschouwen valt als een eenzijdige wilsuiking.¹⁴⁷⁹ Om van dit soort van verbintenis te spreken, moeten er echter vier geldigheidsvoorwaarden voldaan zijn. De (bekwame) verzekeraar moet zijn wil hebben geuit om tot vergoeding over te gaan (toestemming). En bovendien moet er sprake zijn van een bepaalbaar/geoorloofd voorwerp (nl. schadevergoeding betalen) en een bestaande/geoorloofde oorzaak (nl. aansprakelijkheid van de verzekerde).¹⁴⁸⁰

Om bewijsproblemen te vermijden zal de verzekeraar vooral schriftelijk zijn wil tot schadevergoeding kenbaar maken aan de schadelijder(s). Een interpretatieprobleem van deze wil, moet in het voordeel van de verzekeraar spelen,¹⁴⁸¹ dus waarbij er geen uitkering van een vergoeding volgt. Door 'zich bereid te verklaren om te vergoeden'¹⁴⁸² of 'de zaak ten laste te zullen nemen' en

¹⁴⁷⁷ Rb. Gent 28 januari 2010, *T.Gez.* 2011-12, 5, noot N. BROECKX.

¹⁴⁷⁸ Cass. 20 april 1961, Pas. 1961, I, 889; Bergen 12 november 1985, *RRD* 1986, 444; Bergen 26 juni 1987, *RGAR* 1989, 11.474; Luik 27 maart 1996, *RGAR* 1998, 13.020; Rb. Gent 28 januari 2010, *T.Gez.* 2011-2012, 35.

¹⁴⁷⁹ Rb. Antwerpen 22 juni 2010, *VAV* 2011, 11; C. VAN SCHOU BROECK, T. MEURS, J. AMANKWAH, N. GLIBERT, "Aansprakelijkheidsverzekeringen", *TPR* 2016, afl. 2-3, 1014.

¹⁴⁸⁰ Art. 1108 BW; Zie uitgebreid in C. CAUFFMAN, *De verbindende eenzijdige belofte*, Antwerpen, Intersentia, 2005, 498-688.

¹⁴⁸¹ Art. 1162 BW.

¹⁴⁸² Bergen 4 februari 2009, *For. Ass.* 2009, 207, noot J.-F. GERMAIN.

over te gaan tot betaling van een aanzienlijk aandeel van de schade,¹⁴⁸³ uit de verzekeraar zijn wil tot schadeloosstelling. De omvang van de schade ligt daarbij nog open voor discussie.¹⁴⁸⁴

De erkenning of tussenkomst van de verzekeraar heeft voor de verzekerde niet dezelfde waarde als voor de schadelijder(s). De erkenning of tussenkomst houdt immers geen enkele erkenning in van aansprakelijkheid vanwege de zorgverlener.¹⁴⁸⁵ De verzekeraar gaat de verbintenis tot schadevergoeding in eigen naam aan, de verzekerde kan dus nog steeds zijn/haar aansprakelijkheid betwisten.¹⁴⁸⁶

830. De erkenning van een fout of de toezegging van een schadevergoeding door de betrokken zorgverlener ten aanzien van de schadelijder(s), houdt geen enkele verplichting in voor de verzekeraar om tot schadevergoeding over te gaan.¹⁴⁸⁷ Wanneer een verzekerde het recht van de verzekeraar om het geschil te leiden miskent door toch een vergoeding toe te zeggen, heeft dit enkel de niet-tegenwerpelijheid van het akkoord aan de verzekeraar tot gevolg.¹⁴⁸⁸ Het erkennen van een fout of het toezeggen van een vergoeding door de zorgverlener kan ingegeven zijn door het willen vermijden van een proces en van negatieve media-aandacht of door empathie met het slachtoffer. Het erkennen van de feiten op zich is ook geen argument voor de verzekeraar om dekking te weigeren van het schadegeval.¹⁴⁸⁹

¹⁴⁸³ Pol. Turnhout 28 juni 2010, VAV 2010, 334.

¹⁴⁸⁴ N. BROECKX, "De juridische waarde van een erkenning van de aansprakelijkheid of van de fout van de verzekerde door de aansprakelijkheidsverzekeraar", *T.Gez.* 2011-12, 10-15.

¹⁴⁸⁵ Art. 143, lid 3 Verzekeringwet.

¹⁴⁸⁶ Art. 1165 BW.

¹⁴⁸⁷ Art. 149, lid 1 Verzekeringwet; T. VANSWEEVELT en B. WEYTS, *Handboek verzekeringsrecht*, 746-747.

¹⁴⁸⁸ C. VAN SCHOUBROECK, T. MEURS, J. AMANKWAH, N. GLIBERT, "Aansprakelijkheidsverzekeringen", *TPR* 2016, afl. 2-3, 1012; T. VANSWEEVELT en V. PETITAT, "De erkenning van feiten en van aansprakelijkheid door de verzekerde in het raam van een aansprakelijkheidsverzekering", *RW* 2002-03, 1484-1485.

¹⁴⁸⁹ Art. 149, lid 2 Verzekeringwet.

V.3.6. GEDRAGSREGEL III inzake de rechten van verdediging van de betrokken zorgverlener

831. Patiënten die een gerechtelijke procedure opstarten tegen een zorgverlener beogen vooral de zorgverlener op het matje te roepen, uitleg te krijgen over wat er gebeurd is en een spijtbetuiging te ontvangen, de preventie van gelijkaardige schadegevallen, maar natuurlijk ook de zorgverlener aansprakelijk te stellen en zo schadevergoeding te bekomen.¹⁴⁹⁰

832. Het is echter niet steeds vereist dat de betrokken zorgverlener actief bijdraagt aan het verzamelen van informatie, die nodig is voor het welslagen van een gerechtelijke procedure. De betrokken zorgverlener behoudt het recht om zich te verdedigen en moet niet tot zelfincriminatie overgaan. Afhankelijk van de soort procedure, zijn er verschillende mogelijkheden. Ook verschillen de rechten en de plichten van de zorgverlener naargelang het soort van expertise.¹⁴⁹¹

A. Procedure bij het FMO

833. De wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg stelt het actief meewerken aan de analyse van het schadedossier van de patiënt voorop. Het FMO kan:

- “bij alle zorgverleners die betrokken zouden kunnen zijn of bij de zorgverleners die de patiënt(e) hebben behandeld of bij elke andere persoon
- alle documenten en informatie opvragen
- die nodig zijn om de oorzaken, omstandigheden en gevolgen van de schade als gevolg, waarvoor de aanvraag is ingediend, te kunnen beoordelen”.¹⁴⁹²

834. Het beantwoorden van het verzoek om info van het FMO laat weinig ruimte voor appreciatie door de zorgverlener. De wet bouwde een tijdsplan is, dat de zorgverlener, op straffe van een forfaitaire vergoeding, moet volgen. Indien de zorgverlener de vraag om inlichtingen van het Fonds niet beantwoordt binnen een termijn van een maand na de kennisgeving, stuurt het Fonds een herinneringsbrief. Indien de zorgverlener, binnen een termijn van een maand vanaf de kennisgeving van de herinneringsbrief van het Fonds en behalve in geval van overmacht, niet antwoordt, kan het FMO een forfaitaire vergoeding van 500 euro per dag opeisen. De vergoeding kan oplopen tot 15.000 euro, aangezien het FMO maximaal dertig dagen deze vergoeding kan eisen. Niet betalen is geen optie, vermits het FMO de verschuldigde bedragen bij dwangbevel kan invorderen.¹⁴⁹³

835. Het recht van de zorgverlener om zich te verdedigen rechtvaardigt niet het weigeren om stukken te bezorgen aan het FMO. De zorgverlener kan echter wel van de opportuniteit gebruik

¹⁴⁹⁰ T. VANSWEEVELT en V. PETITAT, “De erkenning van feiten en van fouten door een arts-verzekerde na een schadegeval: when sorry seems to be the hardest word?”, *T.Gez.* 2002-03, 308.

¹⁴⁹¹ Zie uitgebreid: S. TACK en J. VAN ROMPAY, *Het deskundigenonderzoek naar medische fouten*, 59-110.

¹⁴⁹² Art. 15, lid 2 Wet Medische Ongevallen.

¹⁴⁹³ Art. 15, lid 3-6 Wet Medisch Ongevallen; T. VANSWEEVELT, *De Wet Medische Ongevallen*, 1642-1646.

maken om zijn/haar standpunt van de feiten kenbaar te maken aan het FMO, door bijvoorbeeld een uitvoerig en gedetailleerd verslag van de feiten bij de stukken te voegen.¹⁴⁹⁴ Het is ook steeds aangewezen om het FMO te verzoeken om gehoord te worden.¹⁴⁹⁵

B. Burgerlijke procedure

836. *Actori incumbit probatio....*In een burgerlijke aansprakelijkheidsprocedure (gericht op het bekomen van een schadevergoeding) rust de bewijslast normaliter op de eisende partij die de schadevergoeding vordert.¹⁴⁹⁶ Het komt dus aan de schadelijder(s) toe om de feiten te bewijzen waarop de vordering is gesteund.¹⁴⁹⁷ Als patiënt, als leek in een zeer complexe medische materie, is het bewijzen van de feiten geen evidentie. In de geneeskunde in het algemeen, maar zeker in de verloskunde, is de patiënte meestal sterk onder de indruk van het bevallingsproces op zich en kan zelfs het wedersamenstellen van de feiten (wie wat wanneer gezegd of gedaan heeft), zeer moeilijk zijn. De objectieve notities van de zorgverleners in het patiëntendossier zijn dan ook cruciaal in de bewijsvoering.

837. De betrokken zorgverlener kan als verwerende partij zijn/haar proceshouding kiezen en kan (mits respect voor de principes van goede trouw, loyale proceshouding en proceseconomisch handelen) kiezen voor een passieve houding, hetgeen zich beperkt tot het betwisten van de bewijswaarde van de door de eisers aangevoerde feiten of tot het aanvoeren van tegenbewijzen.¹⁴⁹⁸ De bewijsmedewerking is een concrete veruitwendiging van procesloyauteit.¹⁴⁹⁹ Aangehouden bewuste passiviteit van de betrokken zorgverlener kan de rechter ertoe aanzetten om de zorgverlener te verplichten relevant bewijsmateriaal of stukken in de procedure te brengen.¹⁵⁰⁰ Het begrip ‘stukken’ kent een ruime toepassing, dus zowel laboresultaten, foto’s als RX-opnames.¹⁵⁰¹ De strips van de foetale monitoring vallen ook onder deze noemer. “Wanneer er gewichtige, bepaalde en met elkaar overeenstemmende vermoedens bestaan dat een partij of een derde een stuk onder zich heeft dat het bewijs inhoudt van een ter zake dienend feit”, dan kan de rechter bevelen om dit stuk bij het gerechtsdossier te voegen.¹⁵⁰²

¹⁴⁹⁴ T. BALTHAZAR, *Het spanningsveld tussen het recht op informatie van de patiënt, het recht op verdediging van de zorgverlener*, 220-221.

¹⁴⁹⁵ S. TACK en J. VAN ROMPAY, *Het deskundigenonderzoek naar medische fouten*, 105.

¹⁴⁹⁶ Art. 1315 BW.

¹⁴⁹⁷ Art. 870 Ger.W.

¹⁴⁹⁸ B. SAMYN, *Privaatrechtelijk bewijs: een diepgaand en praktisch overzicht*, Gent, Story Publishers, 2012, nr. 143.

¹⁴⁹⁹ W. VANDENBUSSCHE, “Je t’aime..., moi non plus”. Over de loyale medewerking aan de bewijsvoering in het buitencontractueel aansprakelijkheidsrecht in T. VANSWEEVELT en B. WEYTS (eds.) *Actuele ontwikkelingen in het aansprakelijkheidsrecht en verzekeringsrecht*, Antwerpen, Intersentia, 2015, 89-115.

¹⁵⁰⁰ Art. 871 Ger. W.

¹⁵⁰¹ T. BALTHAZAR, *Het spanningsveld tussen het recht op informatie van de patiënt, het recht op verdediging van de zorgverlener*, 217.

¹⁵⁰² Art. 877 en 878 Ger. W.

838. Op zich heeft de zorgverlener nog enige appreciatiebevoegdheid om bijvoorbeeld (stukken uit) het patiëntendossier op bevel van de rechter over te maken. De zorgverlener kan immers weigeren op grond van het beroepsgeheim.¹⁵⁰³ Maar het Hof van Cassatie stelde dat de zorgverlener zijn beroepsgeheim niet mag afwenden van zijn doel, nl. de bescherming van de (vertrouwelijke) gegevens van de patiënt. Het beroepsgeheim rechtvaardigt dus niet steeds het stilzwijgen van de zorgverlener.¹⁵⁰⁴ Mocht een zorgverlener wiens aansprakelijkheid ter discussie staat, weigeren om het patiëntendossier over te maken op grond van het beroepsgeheim, dan is er sprake van rechtsmisbruik. De zorgverlener heeft immers met zijn weigering niet het respecteren van de belangen van de patiënt voor ogen, wel zijn eigen belang. Het behoort aan de feitenrechter toe om te oordelen of er sprake is van rechtsmisbruik of als de zorgverlener terecht het beroepsgeheim inroept.¹⁵⁰⁵

839. Het meewerken aan een expertise om een fout te onderzoeken of om schade te begroten is geen vrijblijvende mogelijkheid meer voor een procespartij. Sinds 2007 is een uitdrukkelijke medewerkingsplicht opgenomen in het Gerechtelijk Wetboek. Indien een partij niet meewerkt aan het onderzoek, “kan de rechter daaruit de conclusies trekken die hij geraden acht”.¹⁵⁰⁶ De medewerking houdt onder meer in dat elke partij (via de advocaat) vóór de aanvang van de expertise een geïnventariseerd dossier moet bezorgen aan de gerechtsdeskundige met alle relevante stukken.¹⁵⁰⁷ Er kan uiteraard nog betwisting bestaan over wat als relevante stukken moet beschouwd worden. De zorgverlener kan zich niet beroepen op het recht van verdediging, om niet mee te werken bij de samenstelling van de documentatiebundel dat de gerechtsdeskundige nodig heeft om zijn/haar opdracht uit te voeren.¹⁵⁰⁸

C. Strafrechtelijke procedure

840. Een strafprocedure start meestal met een klacht bij de politie of een klacht met burgerlijke partijstelling bij de onderzoeksrechter, gericht op de veroordeling van de verdachte tot een straf én het bekomen van een schadevergoeding.

¹⁵⁰³ Antwerpen 22 oktober 2014, *T.Gez.* 2014-15, 287, noot T. VANSWEEVELT; Brussel 14 maart 2007, *T.Gez.* 2008-09, 304, noot F. BLOCKX.

¹⁵⁰⁴ Cass. 7 maart 2002, *AJT* 2001-02, 921; Cass. 29 oktober 1991, *Pas.* 1992, I, 162; Cass. 20 maart 1989, *Arr. Cass.* 1988-89, 835.

¹⁵⁰⁵ T. VANSWEEVELT, “Het belang van de patiënt als doorslaggevend criterium om zich als arts te kunnen beroepen op het zwijgrecht bij het gerechtelijk verzoek tot overlegging van stukken”, *T.Gez.* 2014-15, 293-294.

¹⁵⁰⁶ Art. 972bis, § 1 Ger.W.

¹⁵⁰⁷ Zie over het verloop van de medische expertise: L. CARDON en R. HEYLEN, “Rechten met betrekking tot de medische expertise” in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek gezondheidsrecht*, Volume II, Antwerpen, Intersentia, 2014, 735-815.

¹⁵⁰⁸ Zie over deze problematiek: T. BALTHAZAR, *Het spanningsveld tussen het recht op informatie van de patiënt, het recht op verdediging van de zorgverlener*, 218-219; W. DECLOEDT, “Overhandiging van medische gegevens op verzoek van een burgerlijke rechtbank” in L. WOSTYN, K. BOUCQUEY en F. SCHOCKAERT (eds.), *Overhandigen medische gegevens*, Gent, Academia Press, 2009, 47-55.

841. Er wordt steeds uitgegaan van het vermoeden van onschuld. Het is aan het Openbaar Ministerie (OM) om het bewijs te leveren van het misdrijf. Een verdachte kan niet gedwongen worden tegen zichzelf te getuigen en heeft het recht te zwijgen.¹⁵⁰⁹ Bij een verhoor moet aan de ondervraagde persoon steeds meegedeeld worden dat hij niet kan verplicht worden zichzelf te beschuldigen.¹⁵¹⁰ Maar in een strafrechtelijk onderzoek wegens een medische onzorgvuldigheid verzamelt het OM meestal het bewijsmateriaal door het in beslag nemen van het patiëntendossier (als dit al niet bij de klacht van de schadelijder(s) is gevoegd),¹⁵¹¹ gegevens verkregen via het FMO,¹⁵¹² de verhoren van de betrokken partijen en het advies van de aangestelde gerechtsdeskundigen. In het kader van de eigen verdediging, wordt het beroepsgeheim opgeheven en mag de inverdenkinggestelde zorgverlener vrijuit spreken.¹⁵¹³

842. Een verdachte zorgverlener kan zich dus vrij passief opstellen wat betreft het meewerken aan het strafonderzoek. Heeft de verdachte de indruk dat er vooral argumenten *à charge* worden aangevoerd door het OM, dan heeft hij/zij de mogelijkheid om tijdens het strafonderzoek bijkomende onderzoeksdaaden te vragen, o.m. een verhoor van een betrokken persoon, een bijkomende vraag aan de gerechtsdeskundigen als blijkt dat een medisch gegeven over het hoofd werd gezien enz. Indien de betrokken zorgverlener de feiten noch de kwalificatie (bijvoorbeeld onopzettelijke slagen en verwondingen) betwist, kan overwogen worden om de opschorting van de strafuitspraak te vragen voor de Raadkamer. Zo wordt een openbaar proces (met soms media-aandacht) vermeden en behoudt de zorgverlener een blanco strafblad. De opschorting impliceert echter wel een schuldigverklaring, met gegrondheid van de schadevergoeding tot gevolg. Nauw overleg met de verzekeraar is opnieuw de boodschap.¹⁵¹⁴

¹⁵⁰⁹ Art. 14.3.g Internationaal Pact van 19 december 1966 inzake burgerrechten en politieke rechten (BUPO-verdrag).

¹⁵¹⁰ Art. 47bis Sv.

¹⁵¹¹ Zie over de inbeslagname van het patiëntendossier: T. VANSWEEVELT, "Rechten met betrekking tot het patiëntendossier", in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek gezondheidsrecht*, Volume II, Antwerpen, Intersentia, 2014, 555-560.

¹⁵¹² Art. 19 Wet Medische Ongevallen.

¹⁵¹³ A. DIERICKX, J. BUELENS en A. VIJVERMAN, "Het recht op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, het medisch beroepsgeheim en de verwerking van persoonsgegevens", in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek gezondheidsrecht*, Volume II, Antwerpen, Intersentia, 2014, 643.

¹⁵¹⁴ T. BALTHAZAR, *Het spanningsveld tussen het recht op informatie van de patiënt, het recht op verdediging van de zorgverlener*, 221-223.

BESLUIT

843. Deze gedragscode beoogt bewustwording over de rechten en plichten van de betrokken partijen bij een incident in de verloskundige zorg. Het loont de moeite om te investeren in een open communicatie tussen zorgverlener en patiënt. De meerwaarde van een goed bijgehouden patiëntendossier mag niet uit oog worden verloren, alsook de (leidinggevende) rol van de verzekeraar bij de afhandeling van een klachtdossier. De gedragsregels zullen aangeboden worden aan de VVOG en de VBOV voor verdere implementatie. Het spreekt voor zich dat ook op niveau van de ziekenhuizen de verdere beleidsmatige verwerking een mogelijkheid is.

Besluit met toekomstperspectieven: *de lege ferenda*

844. Dit proefschrift analyseerde vanuit een rechtshistorische invalshoek het beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw vanaf de 19^{de} eeuw, in vergelijkend perspectief met de Nederlandse verloskundige en de Franse *sage-femme*. De evolutie van de bevoegdheid in combinatie met de opleiding, de aansprakelijkheid en de tuchtverantwoordelijkheid van de vroedvrouw stond centraal.

845. De juridisering van de beroepsuitoefening van de Belgische vroedvrouw vanaf de 19de eeuw was een ‘saltatoir’ proces. De term saltatoir wordt in de verloskunde vooral gebruikt bij de interpretatie van foetale monitoring en betekent een hoge variabiliteit in de foetale hartslag, dus als het ware hoge pieken en diepe dalen. Vertrekkend vanuit een monopoliepositie op de moeder-kindzorg in de Middeleeuwen, beleefde de vroedvrouw in de 17de eeuw haar ‘gouden eeuw’ met een vrij geëmancipeerde positie in een maatschappij waar vooral de mannen met de scepter zwaaiden. Ook het geloof dat een goede opleiding belangrijk was, nam in die tijd aan belang toe. Met de invoering van de kaderwet van 1818 kelderde haar monopoliepositie ten voordele van de beter opgeleide dokters en vroedmeesters. Anderzijds werden de bakerpraktijken in de kiem gesmoord, wat dan weer het patiëntenaantal voor de vroedvrouwen (vooral op het platteland) deed stijgen. Niettemin zorgde de ontoereikende financiering van de vroedkundige prestaties er ook voor dat vroedvrouwen zich waagden aan de illegale uitvoering van abortus, met vervolging en soms veroordeling tot gevolg. Dit deed terecht hun reputatie geen eer aan. In het begin van de 20ste eeuw herwon de Belgische vroedvrouw haar plaats binnen de normale verloskunde dankzij een vernieuwd wettelijk kader en uitgebreide opleiding, maar ze stootte opnieuw op een muur wat betrof de terugbetaling van haar prestaties door de ziekteverzekering. Vooral dit laatste element zorgde voor een kloof tussen de Belgische vroedvrouw en haar Nederlandse en Franse collega’s, van wie de bevoegdheden en remuneratie gestaag uitbreidden. Men zou kunnen stellen dat de Belgische vroedvrouw in de 21ste eeuw aan een voorzichtige opmars bezig is, met de bevoegdheidsuitbreiding in 2006, maar gezien de uitvoeringsbesluiten uitblijven, is er in realiteit eerder sprake van een *status quo*.

1. TENDENSEN IN DE BEVOEGDHEID

846. Bij de Belgische vroedvrouw was er sprake van een aarzelend beleid op het gebied van uitbreiding van bevoegdheden, met af en toe een terugval, bijvoorbeeld het voorschrijfrecht van medicatie. De vraag stelt zich of een uitbreiding van bevoegdheden wenselijk is in het hedendaagse zorgmodel. Moeten de vroedvrouwen echo’s kunnen doen, bekkenbodemreëducatie uitvoeren en/of zijn er nog andere bijkomende bevoegdheden die de professionalisering van de vroedvrouw ten gunste zouden zijn?

847. Een verruiming van de competenties van de vroedvrouw lijkt juridisch verdedigbaar, want een *status quo* van haar positie zou in de toekomst het beroep wel eens verder kunnen uithollen. Vooreerst is er de afbakening van het beroepsterrein van de vroedvrouwen die afstuderen na 1 oktober 2018. Er zullen voor deze vroedvrouwen geen uitwijkmogelijkheden meer zijn naar de verpleegkunde, vermits ze alleen nog actief zullen mogen zijn op het terrein van de verloskunde (materniteit en verloskamer), de fertiliteit, de gynaecologie en de neonatologie. Op zich is dit een goede zaak, want een vroedvrouw is geen verpleegkundige, maar dan wel op voorwaarde dat de meerwaarde van het beroep ten volle benut wordt. Ten tweede zou de Belgische vroedvrouw zonder bijkomende bevoegdheden, in de toekomst nog verder achterop geraken ten aanzien van haar Nederlandse en Franse collega's. Wil de wetgever de expertise van de vroedvrouw optimaal inzetten in de verloskundige zorgverlening, dan zijn de uitvoering van echo's (prenataal en perinataal), preconceptionele consultaties en het voorschrijven van meer contraceptie (bijvoorbeeld een IUD) bevoegdheden die op de agenda kunnen staan. Hiermee zou de Belgische vroedvrouw gelijke tred houden met haar collega's in de buurlanden. De basis voor deze uitbreiding ligt al vervat in artikel 62 WUG. Het is nu vooral nog een kwestie van opleiding, overleg met de overheid voor budgettering en overleg met de artsen om niet aan kwaliteit en expertise in te boeten.

2. TENDENSEN IN DE OPLEIDING

848. De opbouw en de inhoud van de opleiding tot vroedvrouw verschillen in België, Nederland en Frankrijk aanzienlijk. Zowel in Nederland als in de Franse Gemeenschap moet de kandidaat-vroedvrouw een vierjarige opleiding volgen en in Frankrijk zelfs een vijfjarige master. Dit staat in schril contrast met de Vlaamse driejarige bacheloropleiding.

849. Een verlenging van de studieduur is zeker op Vlaams niveau, waar de driejarige opleiding vrij uniek is ten opzichte van de buurlanden, een must. Vaak is uniciteit een troef, maar niet in dit geval. Stellen dat vroedvrouwen afgestudeerd aan een Vlaamse hogeschool evenveel capaciteiten bezitten als hun Waalse, Nederlandse en Franse collega's, zou de waarheid geweld aandoen. De basiscompetenties zijn wel aanwezig - de visitatiecommissie heeft dit in 2015 bevestigd -, maar de vraag stelt zich of het bezitten van de basiscompetenties nog voldoende is om enerzijds kwalitatieve zorgverlening te bieden aan moeder en kind en anderzijds een volwaardige partner van de gynaecoloog te zijn in de normale verloskunde.

850. Verschillende experts op het terrein van de vroedkunde en de opleiding tot vroedvrouw bundelden hun krachten en hebben in de schoot van de Federale Raad voor de Vroedvrouwen in oktober 2015 de *taskforce* 'Opleiding Vroedvrouwen Vlaanderen' opgericht.¹⁵¹⁵ Deze *taskforce* kwam er naar aanleiding van de beslissing van minister van Onderwijs Hilde Crevits om niet te raken aan de opleiding tot vroedvrouw, terwijl de opleiding tot verpleegkundige verlengd werd met

¹⁵¹⁵ Taskforce Opleiden van Vroedvrouwen in Vlaanderen, *Strengthening Midwifery through education*, maart 2016, 56 p., onuitg.

een vierde jaar. De missie van de *taskforce* is het analyseren van de problematieken in de huidige opleiding, rekening houdende met de (nieuwe) uitdagingen binnen de verloskunde, maar vooral het formuleren van strategische doelstellingen in een competentiegericht opleidingsklimaat. De *taskforce* vaart koers naar een autonome en uniforme vijfjarige ‘Academische Master in de Verloskunde’. Vooral de puur onderwijskundige en medisch-verloskundige argumenten voor een studieduurverlenging komen uitvoerig in het rapport aan bod. Qua juridische elementen zijn volgende bedenkingen relevant:

Hand in hand met een bevoegdheidsuitbreiding gaat logischerwijze een opwaardering van de opleiding tot vroedvrouw. Uit noodzaak werd beslist om de opleiding ‘toegepaste farmacologie’ in de huidige opleiding ‘te proppen’. Gezien het voorschrijven van medicatie een uitgebreide kennis van farmacologie veronderstelt, geniet de opname in de huidige opleiding niet de voorkeur. Het inschatten van een bepaalde problematiek en het stellen van een diagnose (bijv. een schimmelinfectie) vergen training, maar impliceren vooral meer verantwoordelijkheid. Het stellen van een verkeerde diagnose of het niet kennen of onderschatten van de nevenreacties (bijwerkingen, allergieën...) van medicatie kan de veiligheid van de patiënte in het gedrang brengen en bijgevolg ook het risico op beroepsaansprakelijkheid van de vroedvrouw verhogen. Een evenwichtige opleiding met stage bijvoorbeeld zou al een eerste stap in de goede richting zijn. Studenten moeten zich ook bewust worden van de implicaties van deze bevoegdheid en het is bediscussieerbaar of dit doel bereikt is op één week cursus. Bijkomend, als de toekomstige vroedvrouw ook bekkenbodemreëductie en echo’s moet kunnen uitvoeren, is een verlenging van de studieduur onvermijdelijk, vermits deze capaciteiten ook een intensieve training vergen, met zowel theoretisch als klinisch onderwijs. Zeker in het uitvoeren van een echografie en het desgevallend missen van een bepaalde pathologie schuilt het gevaar op een aansprakelijkheidsprocedure (*wrongful-birth*, *wrongful-pregnancy*- en *wrongful-life*-vorderingen).

Hoofdstuk 2 van de WUG reglementeert de uitoefening van de geneeskunde en van de artsennijverheid. Alleen het behalen van een academische graad geeft de toegang tot het beroep van arts, tandarts of apotheker.¹⁵¹⁶ Het behalen van de beroepstitel van vroedvrouw geeft ook recht op de uitoefening van de geneeskunde, contradictorisch na het vervolledigen van een bacheloropleiding.¹⁵¹⁷ Het stellen van de diagnose van een zwangerschap, het prenataal opvolgen van normale zwangerschappen en het verrichten van normale bevallingen behoren tot de basiscompetenties van de bachelor vroedvrouw. De huisarts en de gynaecoloog bezitten ook deze competenties, maar zij kunnen pas tot de uitoefening van hun beroep overgaan na het behalen van een masterdiploma. Het medico-legale aspect van dit verschil mag niet onderschat worden. Uit de rechtspraakanalyse blijkt

¹⁵¹⁶ Art. 3, 4 en 6 WUG.

¹⁵¹⁷ Art. 3 §2 *juncto* artikel 63 WUG.

dat met dit ‘beoordelingsniveau’ geen rekening wordt gehouden. Er wordt enkel gekeken naar de bevoegdheid zelf, namelijk of de vroedvrouw/gynaecoloog bijvoorbeeld *lege artis* de arbeid begeleid heeft? Het verschillend opleidingsniveau is geen element in de rechterlijke beoordeling. Een masteropleiding zou aan dit neveneffect tegemoet komen.

In zwangerschappen en bevallingen met een verhoogd risico handelt de vroedvrouw onder de verantwoordelijkheid van de arts.¹⁵¹⁸ Begaat de vroedvrouw in de begeleiding van een dergelijke zwangerschap of bevalling een medische fout, dan komt de aanspreekbaarheid van de gynaecoloog in het vizier. Naast een betere opleiding van de vroedvrouw in de normale verloskunde om een volwaardige partner te kunnen zijn van de gynaecoloog, zou ook een verdieping in de opleiding inzake het deskundig handelen in pathologische situaties een meerwaarde kunnen betekenen. De gynaecoloog moet immers in risicosituaties op zijn ‘ondergeschikte’ kunnen vertrouwen. Het bepalen van het scharniermoment tussen een risicosituatie (bijv. een proefarbeid bij een patiënte met een uteruslitteken) en een pathologische situatie (nl. het herkennen van de tekenen van een uterusruptuur) is geen evidentie, maar behoort tot de bevoegdheid van de vroedvrouw. Tijdens een arbeid is de vroedvrouw vaak de eerste die de mogelijkheid krijgt om pathologische tekenen te herkennen en bijgevolg de expertise in te roepen van de arts. De basiscompetentie van de vroedvrouw is het normale verloop bewaken, maar dit impliceert ook elke vorm van afwijking kunnen herkennen en correct rapporteren, hetgeen eigenlijk een bijkomende competentie vereist.

851. Conform de visie van de *taskforce* rechtvaardigen zuiver budgettaire of organisatorische redenen de instandhouding van de driejarige opleiding in de Vlaamse Gemeenschap niet.¹⁵¹⁹ De professionalisering van de vroedvrouw, de verwetenschappelijking van de opleiding/verloskunde en *last but not least* de medico-legale aspecten binnen de verloskundige zorg doen besluiten tot een opwaardering van de opleiding tot vroedvrouw naar een masterniveau.

3. TENDENSEN IN DE AANSPRAKELIJKHEID

852. De rechtspraakanalyse toonde aan dat de reductie van de beroepsbekwaamheid in de 19^{de} eeuw de aansprakelijkheid van de vroedvrouw beïnvloedde. Met steeds het belang van moeder en kind voor ogen, waagde de vroedvrouw zich aan de onwettige uitoefening van de geneeskunde. Vroedvrouwen waren soms terughoudend om bij pathologie een dokter ter hulp te roepen en klaarden soms zelf ‘de klus’, in strijd met het wettelijk kader.

¹⁵¹⁸ Art. 62 §1, 2° WUG.

¹⁵¹⁹ Taskforce Opleiden van Vroedvrouwen in Vlaanderen, *Strengthening Midwifery through education*, maart 2016, 31, onuitg.

853. In tegenstelling tot de 19^{de} eeuw was de vroedvrouw als procespartij in schadegevallen van de 20^{ste} eeuw eerder uitzonderlijk, ten nadele van het ziekenhuis en/of de arts. De focus lag op de beoordeling van het zorgvuldigheidscriterium bij het verlenen van pre-, peri- en postnatale zorg. In België gaf een fout van een vroedvrouw vaak aanleiding tot de aanstellersaansprakelijkheid van de arts en niet het ziekenhuis als werkgever.

854. Gezien de geringe rechtspraak in zaken van na de wetswijziging van december 2006, is het nog koffiedik kijken wat de aanstellersaansprakelijkheid van de arts voor fouten van de vroedvrouw betreft. De wetswijziging mag er niet toe leiden dat de arts systematisch aansprakelijk wordt gesteld voor een fout van de vroedvrouw. Is er bijvoorbeeld sprake van een normale arbeid (zonder risico), maar onderschat de vroedvrouw de degraderende foetale conditie en verwittigt ze bijgevolg de gynaecoloog niet, dan kan de aanstellersaansprakelijkheid van de arts niet betrokken zijn. Het in kaart brengen van de beginsituatie is dus determinerend om uit te maken wie desgevallend als aansteller aansprakelijk is voor de fouten van de vroedvrouw. Hoe dan ook mag het handelen van de vroedvrouw in risicosituaties of bij pathologie onder de verantwoordelijkheid van de arts geen vrijgeleide zijn om zonder enig kritisch nadenken bepaalde handelingen te stellen of de instructies van de arts op te volgen. De vroedvrouw moet er zich ten allen tijde voor behoeden om een handeling te stellen die schade zou kunnen toebrengen aan moeder of kind. De vroedvrouw blijft bovendien strafrechtelijk verantwoordelijk voor haar eigen daden.

855. Het vermijden van aansprakelijkheid van de vroedvrouw is vooral een kwestie van 1) een goede opleiding hebben genoten en zich geregeld bijscholen, 2) het inzetten op het herkennen van pathologie (scharniermoment), 3) het adequaat communiceren met collega's zorgverleners en 4) het samenwerken in team met de arts. Dit zijn de vier actiepunten vervat in het acroniem *Create Life* en verder geïmplementeerd in de gezondheidsrechtelijke aanbevelingen.

4. TENDENSEN IN DE TUCHTVERANTWOORDELIJKHEID VAN DE VROEDVROUW

856. De redactie van een deontologische code en de oprichting van een specifieke orde van vroedvrouwen zijn na te streven doelstellingen. De code zou een houvast kunnen betekenen voor de vroedvrouwen, een leidraad in verschillende domeinen waarvoor nu geen regels bestaan. De orde zou kunnen tussenkomen in conflicten tussen collega's (in het ziekenhuis of in zelfstandige praktijken), waarvoor nu geen platform is. De huidige mogelijkheden van de patiënte om haar klachten te uiten (burgerlijk, strafrechtelijk of bij het FMO) bieden geen soelaas voor klachten over het gevoerde beleid of communicatie, waarbij er geen schade werd opgelopen die in geld waardeerbaar is. Gezien in de huidige context enige vorm van deontologische controle op de praktijkvoering van een vroedvrouw ontbreekt, is het aannemelijk dat het installeren van een sanctieregime bij het schenden van gedragsregels, de zorgvuldigheid van de vroedvrouw ten goede zou komen.

857. Twee belangrijke elementen doen besluiten dat de oprichting van een specifieke Belgische orde van vroedvrouwen (dus geen centraal orgaan zoals in Nederland, maar naar Frans model) de voorkeur geniet. Vooreerst heeft elke beroepscategorie haar eigen specificaties. Een tuchtrechtelijke klacht tegen een vroedvrouw moet beoordeeld worden door vroedvrouwen, vergelijkbaar met de beoordeling van een gerechtelijke klacht, waar de aanstelling van een vroedvrouw-experte onontbeerlijk is voor een onpartijdig en onafhankelijk advies. Kleinere entiteiten zijn ten tweede administratief gezien vaak evidentier om te besturen dan grotere, waar de echelonnering soms tot vertraging kan leiden.

858. Het gevaar voor beslissingen vanuit een tunnelvisie wordt in de kiem gesmoord door bij de aanstelling van de leden variatie te voorzien van jonge en meer ervaren vroedvrouwen, academici en vroedvrouwen werkzaam in eerste- en tweedelijfn. In de huidige context, waar de aandacht voor het gezondheidsrecht aan belang toeneemt, is de aanwezigheid van een jurist in het tuchtorgaan meer dan de aanbeveling waard om tot een correcte juridische beslissing (en met respect voor de rechten van verdediging) te komen. De structuur en de organisatie van het tuchtorgaan van de verschillende beroepsbeoefenaars gelijkaardig maken (zoals voorzien in het recentste wetsvoorstel), zal de overzichtelijkheid van het systeem alleen maar ten goede komen.

859. Naar analogie met het Nederlandse en Franse systeem zou de focus van de Belgische Orde van vroedvrouwen moeten liggen op het maken van aanbevelingen (zoals inzake communicatie en het *updaten* van het patiëntendossier) en het verzoenen van partijen in de plaats van het sanctioneren. Anderzijds moeten, in het belang van de patiëntveiligheid (moeder en kind), vroedvrouwen die de deontologische regels schenden, een tuchtsanctie krijgen. De waaier aan mogelijkheden van tuchtsancties voorzien in het recentste wetsvoorstel zijn afdoende.

860. Om uitholling van de toegevoegde waarde van een orde te verhinderen, is transparantie in het gevoerde beleid noodzakelijk. Een publieke ‘zwarte lijst’ is te verregaand, een beperkt consulteerbaar register naar analogie met het strafregister is een mooi alternatief. Een databank met publicatie van de geanonimiseerde beslissingen zou bovendien wetenschappelijk onderzoek en reflectie mogelijk maken. Een jaarverslag met een overzicht van de verschillende beslissingen is een minimum.

861. Het is opmerkelijk dat op verschillende gebieden opportuniteiten klaarliggen voor de Belgische vroedvrouw. Er zijn groeimogelijkheden, zowel op zuiver professioneel gebied, als op onderwijskundig niveau. Voor het verzilveren van die kansen mag de huidige besparingsconjunctuur niet uit het oog worden verloren. Inzet, doorzettingsvermogen en veel onderhandelen met de overheid en de artsen zal opnieuw de boodschap zijn. De vroedvrouw heeft een buitengewoon verleden, maar ongetwijfeld een bewogen toekomst.

Bibliografie

1. WETGEVING¹⁵²⁰

1.1. Europese regelgeving

Richtlijn Europees Parlement en Raad nr. 2005/36/EG, 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties, *Pb. L.* 30 september 2005.

Richtlijn Raad nr. 80/155/EEG, 21 januari 1980 houdende de coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen betreffende de toegang tot en de uitoefening van de werkzaamheden van verloskundige, *Pb.L* 11 februari 1980.

Richtlijn Raad nr. 80/154/EEG, 21 januari 1980 houdende de onderlinge erkenning van de diploma's, certificaten en andere titels van de verloskundige, tevens houdende maatregelen tot vergemakkelijking van de daadwerkelijke uitoefening van het recht van vestiging en vrij verrichten van diensten, *Pb.L* 11 februari 1980.

1.2. Belgische wetgeving

Gecoördineerde wet 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, *BS* 18 juni 2015.

KB 15 december 2013 bepalende de lijst van de geneesmiddelen die door de vroedvrouwen autonoom mogen worden voorgeschreven in het kader van de opvolging van normale zwangerschappen, de praktijk van normale bevallingen en de zorg aan gezonde pasgeborene in en buiten het ziekenhuis, *BS* 14 januari 2014.

KB 15 december 2013 tot bepaling van de nadere regels en de bijzondere kwalificatiecriteria die de houder van de beroepstitel van vroedvrouw de mogelijkheid geven geneesmiddelen voor te schrijven, *BS* 14 januari 2014.

Wet 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, *BS* 2 april 2010.

Gecoördineerde wet 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, *BS* 7 november 2008.

¹⁵²⁰ De materiële wetgeving wordt hier in een (omgekeerd) chronologische volgorde weergegeven (en dus zonder rekening te houden met de hiërarchie der rechtsnormen), omdat dit het meest duidelijk de historische evolutie in kaart brengt.

Wet 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, *BS* 6 juli 2007.

KB 21 april 2007 tot vaststelling van de inhoud en de wijze van verstrekking van de informatie bedoeld in artikel 17novies van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, *BS* 20 juni 2007.

Wet 13 december 2006 houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid, *BS* 22 december 2006.

KB 1 april 2003 tot regeling van de samenstelling en de werking van de Federale Commissie "Rechten van de Patiënt" ingesteld bij artikel 16 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *BS* 13 mei 2003.

KB 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen, *BS* 26 augustus 2003.

Wet 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *BS* 26 september 2002.

KB 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, *BS* 30 mei 2002.

Wet 10 juni 1998 tot wijziging van sommige bepalingen betreffende de verjaring, *BS* 17 juli 1998

KB 10 augustus 1996 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, *BS* 1 oktober 1996.

Décret 5 août 1995 fixant l'organisation générale de l'enseignement supérieur en hautes écoles, *BS* 1 september 1995.

Decreet 13 juli 1994 betreffende de hogescholen in de Vlaamse Gemeenschap, *BS* 31 augustus 1994, vervangen door Decreet 20 december 2013 tot bekrachtiging van de decretale bepalingen betreffende het hoger onderwijs, gecodificeerd op 11 oktober 2013, *BS* 27 februari 2014 (Codex Hoger Onderwijs).

Arrêté 21 avril 1994 Gouvernement de la Communauté Française portant fixation des conditions de collation des diplômes d'accoucheuse et d'infirmier(e) gradué(e), *BS* 12 juli 1994.

KB 1 februari 1991 betreffende de uitoefening van het beroep van vroedvrouw, *BS* 6 april 1991.

KB 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen, *BS* 26 juli 1990.

MB 15 september 1979 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeesters en stagediensten voor de specialiteit van gynaecologie-verloskunde, *BS* 26 september 1979.

KB 7 oktober 1976 betreffende de organisatie en de werkwijze van de geneeskundige commissies, *BS* 4 februari 1977.

Wet 20 december 1974 betreffende de uitoefening van de verpleegkunde, *BS* 29 april 1975.

KB 16 november 1973 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, *BS* 5 december 1973.

KB nr. 78 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies, *BS* 14 november 1967, errata *BS* 12 juni 1968.

KB 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, *BS* 7 november 1964.

Wet 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, *BS* 1 november 1963.

KB 24 december 1963 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, *BS* 26 december 1963.

KB 16 oktober 1962 betreffende het uitoefenen van het beroep van vroedvrouw, *BS* 1 januari 1963.

MB 24 mei 1958 tot goedkeuring van de erkenningscriteria waaraan de geneesheren dienen te beantwoorden, welke als specialist de prestaties wensen te volbrengen, die voorzien zijn bij artikel 61 van het organiek koninklijk besluit van 22 september 1965, van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, *BS* 3 juni 1958.

KB 17 augustus 1957 houdende vaststelling van de voorwaarden waaronder het diploma van vroedvrouw, verpleger of verpleegster wordt toegekend, *BS* 29 augustus 1957.

KB 22 september 1955 betreffende de ziekteverzekering, *BS* 30 oktober 1955.

MB 2 maart 1951 houdende vaststelling van de tarieven voor gezondheidszorgen inzake verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit, *BS* 11 november 1951.

MB 15 oktober 1947 houdende vaststelling van der schalen van de verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit, *BS* 4 januari 1948.

Besluit van de Regent 21 maart 1945 betreffende de organisatie van verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit, *BS* 28 maart 1945.

Besluitwet 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke verzekering der arbeiders, *BS* 30 december 1944.

Wet 21 mei 1929 op het toekennen der academische graden en het programma der universitaire examens, *BS* 25 mei 1929.

KB 6 september 1924 tot instelling van een diploma van vroedvrouw-bezoekster, *BS* 12 september 1924.

KB 6 september 1924 tot instelling van een titel van aangenomen vroedvrouw van den Staat, *BS* 12 september 1924.

KB 6 september 1924 tot goedkeuring der onderrichtingen voor het uitoefenen van het beroep van vroedvrouw, *BS* 12 september 1924.

KB 6 september 1924 omtrent de vroedvrouwenexamens, *BS* 12 september 1924.

KB 1 juli 1908 inzake het programma voor de examens van vroedvrouwen, *BS* 9 juli 1908.

KB 4 april 1908 betreffende de uniformering van de opleiding in de verpleegsterscholen, *BS* 11 april 1908.

KB 30 december 1884 tot goedkeuring van het reglement inzake de vroedvrouwenscholen, *BS* 6 januari 1885.

KB 30 december 1884 tot goedkeuring van de examenprogramma's voor het behalen van het certificaat van tandarts, drogiste en vroedvrouw, *BS* 6 januari 1885.

KB 31 mei 1884 tot goedkeuring van de nieuwe instructies voor artsen, apothekers en drogisten, *BS* 19 juni 1885.

1.3. Nederlandse wetgeving

Besluit van 13 november 2015, houdende vaststelling van nadere regels ter uitvoering van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Uitvoeringsbesluit Wkkgz), *Stb* 2015 no. 447.

Wet 7 oktober 2015 houdende regels ter bevordering van de kwaliteit van zorg en de behandeling van klachten en geschillen in de zorg, *Stb* 2015 no. 407.

Wet 14 maart 2013 tot wijziging van diverse wetten in verband met de invoering van de verplichting voor bepaalde instanties waar professionals werken en voor bepaalde zelfstandige professionals om te beschikken over een meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling en de kennis en het gebruik daarvan te bevorderen, onderscheidenlijk die meldcode te hanteren (verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling), *Stb* 2013 no. 142.

Besluit van 21 december 2011 houdende tijdelijke regels inzake de opleiding, deskundigheid en tijdelijke zelfstandige bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen van de physician assistant (Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid physician assistant), *Stb* 2011 no. 658.

Besluit 24 november 2008 houdende periodieke registratie van op grond van artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg ingeschrevenen, *Stb* 2008 no. 505; Nadere uitwerking in Regeling 18 maart 2009 van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van, MEVA/BO-2819721, houdende regels inzake de periodieke registratie op grond van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg; Het beoordelingskader deel 2g voor de verloskundigen beschrijft de criteria die bij de beoordeling van aanvragen voor herregistratie worden gehanteerd en is bedoeld om zorgverleners te ondersteunen in de voorbereiding op de herregistratie.

Besluit 3 juli 2008 houdende regels inzake de opleiding tot en de deskundigheid van de verloskundige, *Stb* 2008 no. 300; Nadere uitwerking in regeling 9 april 2009 van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, nr. MEVA/BO-2911171, houdende aanwijzing van apparatuur, geneesmiddelen en middelen behorende tot het deskundigheidsgebied van de verloskundige.

Besluit 19 november 1997 houdende regels inzake de opleiding tot en de deskundigheid van de verloskundige, *Stb* 1997 no. 552; Nadere uitwerking in regeling 27 maart 1998 van de minister van volksgezondheid, welzijn en sport, nr. CSZ/BO-983362 tot aanwijzing van apparatuur en geneesmiddelen behorende tot het deskundigheidsgebied verloskundige.

Wet 29 mei 1995 houdende regels ter zake van de behandeling van klachten van cliënten van zorgaanbieders op het terrein van de maatschappelijke zorg en gezondheidszorg, *Stb* 1995 no. 308.

Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek 1 april 1995, *Stb* 1994 no. 837.

Wet 11 november 1993 houdende regelen inzake beroepen op het gebied van de individuele gezondheidszorg, *Stb* 1993 no. 655.

Wet 8 oktober 1992 houdende bepalingen met betrekking tot het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek, *Stb* 1992 no. 593.

Besluit 3 mei 1989 tot wijziging van besluit voorschriften verloskundigen van 23 april 1979.

Besluit 12 juli 1988 tot wijziging van besluit voorschriften verloskundigen van 23 april 1979.

Wet 1 juni 1951 tot nadere wijziging van de Wet van 1 juni 1865 regelende de uitoefening der geneeskunst, *Stb* 1951 no. 201.

Tweede uitvoeringsbesluit 16 oktober 1941 van den Secretaris-Generaal van het Departement van Sociale Zaken ingevolge het Ziekenfondsenbesluit, *Verordeningenblad voor het bezette Nederlandsche gebied 23 oktober 1941*.

Besluit 16 augustus 1941 van den Secretaris-Generaal van het Departement van Sociale Zaken betreffende het ziekenfondswezen (Ziekenfondsbesluit), *Verordeningenblad voor het bezette Nederlandsche gebied 16 augustus 1941*, inw. 1 november 1941.

Wet 11 februari 1932 tot vervanging van artikelen 15-17 van de wet van 1 juni 1865, *Stb* 1932 no. 49.

Wet 8 juli 1924 tot wijziging van de artikelen 15 en 16 van de Wet van 1 juni 1865, *Stb* 1924 no. 335.

Gezondheidswet 27 november 1919, *Stb* 1919 no. 784.

Gezondheidswet 21 juni 1901, *Stb* 1901 no. 157.

Wet 25 december 1878, houdende regeling der voorwaarden tot verkrijging der bevoegdheid van arts, tandarts, apotheker, vroedvrouw en apothekersbediende, *Stb* 1878 no. 222.

Wet 1 juni 1865 en regelende de uitoefening der artsenijsbereidkunst, *Stb* 1865 no. 61.

Wet 1 juni 1865 regelende de uitoefening der geneeskunst, *Stb* 1865 no. 60.

Wet 1 juni 1865 regelende de voorwaarden tot verkrijging der bevoegdheid van geneeskundige, apotheker, hulpapotheker, leerling-apotheker en vroedvrouw, *Stb* 1865 no. 59.

Wet 1 juni 1865 regelende het Geneeskundig Staatstoezigt, *Stb* 1865 no. 58.

KB 19 maart 1839 instructie voor de *Artis Obstetriciae doctores* en voor de Vroedmeesters in het Koninkrijk der Nederlanden, *Stb* no. 89.

KB 19 maart 1839 instructie voor de vroedvrouwen in het Koninkrijk der Nederlanden, *Stb* no. 89.

Wet 27 maart 1838 houdende wijzigingen in die van den 12 maart 1818, nopens de gecombineerde uitoefening van eenige takken der geneeskunde, *Stb* 1838 no. 16.

KB 6 januari 1823 tot goedkeuring van het reglement op de organisatie van de onderwijsinstellingen voor de heelmeeesters en vroedvrouwen, *Pasin* 1823, 252.

KB 31 mei 1818 houdende een Reglement betreffende het Geneeskundig Onderzoek en Toevoorzigt, *Stb* 1818 no. 25.

Instructie 31 mei 1818 voor de dokters in het Koninkrijk der Nederlanden, *Pasin* 1818, 432.

Instructie 31 mei 1818 voor de vroedmeesters in het Koninkrijk der Nederlanden, *Pasin* 1818, 438.

Instructie 31 mei 1818 voor de vroedvrouwen in het Koninkrijk der Nederlanden, *Pasin* 1818, 441.

Wet 12 maart 1818 ter regeling van hetgene betreffende is tot de uitoefening van de verschillende takken der geneeskunde, *Stb* 1818 no. XVI.

1.4. Franse wetgeving

Décret n° 2016-726 1 juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé, *JO* 3 juni 2016.

Loi n° 2016-41 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, *JO* 26 januari 2016.

Arrêté 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme, *JO* 28 maart 2013.

Arrêté 4 février 2013 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires, *JO* 13 februari 2013.

Décret n° 2012-881 17 juillet 2012 portant modification du code de déontologie des sages-femmes, *JO* 19 juli 2012.

Arrêté 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques, *JO* 10 augustus 2011.

Arrêté 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé, *JO* 17 november 2009.

Loi n° 2009-879 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, *JO* 22 juli 2009.

Décret n° 2008-863 27 août 2008 complétant le code de déontologie des sages-femmes, *JO* 29 augustus 2008.

Décret n° 2006-1268 17 octobre 2006 relatif au code de déontologie des sages-femmes et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), *JO* 18 oktober 2006.

Arrêté 27 juin 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire, *JO* 2 juli 2006.

Arrêté 22 mars 2005 fixant la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer, *JO* 3 april 2005.

Décret n° 2005-213 2 mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et modifiant le code de la santé publique, *JO* 4 maart 2005.

Décret n° 2004-802 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, *JO* 8 augustus 2004.

Arrêté 23 février 2004 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes, *JO* 19 maart 2004.

Loi n° 2002-1577 30 décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale, *JO* 31 december 2002.

Loi n° 2002-303 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *JO* 5 maart 2012.

Loi n° 2002-73 17 janvier 2002 de modernisation sociale, *JO* 18 januari 2002.

Arrêté 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sages-femmes, *JO* 19 december 2001.

Loi n° 2000-647 10 juillet 2000 tendant à préciser la définition des délits non intentionnels, *JO* 11 juli 2000.

Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, *JO* 25 april 1996.

Décret n° 91-779 8 août 1991 portant code de déontologie des sages-femmes, *JO* 14 augustus 1991.

Arrêté 3 octobre 1988 fixant la liste des instruments que peuvent employer les sages-femmes, *JO* 15 oktober 1988.

Arrêté interministériel 27 décembre 1985 fixant le programme des études de sages-femmes, *JO* 21 januari 1986.

Arrêté 17 octobre 1983 concernant des médicaments que les sages-femmes peuvent prescrire et conditions de leur délivrance par les pharmaciens, *JO* 30 oktober 1983.

Arrêté 17 octobre 1983 concernant des examens radiologiques, de laboratoire et de recherche que les sages-femmes peuvent prescrire en ce qui concerne les mères et les enfants, *JO* 30 oktober 1983.

Arrêté 23 mai 1973 fixant le programme des études de sages-femmes, *JO* 27 mei 1973.

Arrêté 30 novembre 1972 concernant matériel de réanimation et boîte d'instruments pour intubation trachéale visés à l'art. 66 du code de déontologie des sages-femmes, *JO* 16 december 1972.

Arrêté 27 mars 1972 de nomenclature des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et les auxiliaires médicaux, *JO* 31 maart 1972.

Arrêté 4 juillet 1960 fixant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et les auxiliaires médicaux, *JO* 5 juli 1960.

Décret n°53-1001 5 octobre 1953 portant codification des textes législatifs concernant la santé publique, *JO* 7 oktober 1953.

Arrêté 7 août 1952 de droit de prescriptions pour les sages-femmes, *JO* 15 augustus 1952.

Arrêté 12 juin 1952 de délivrance par les pharmaciens de certaines substances vénéneuses aux sages-femmes, *JO* 18 juni 1952.

Décret n°49-1351 30 septembre 1949 de déontologie des sages-femmes en application de l'art. 66 de l'ordonnance 45-2184 du 24-09-1945, *JO* 5 oktober 1949.

Arrêté 29 octobre 1945 portant publication de la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens, spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux), *JO* 20 november 1945.

Ordonnance n°45-2184 de 24 septembre 1945 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme, *JO* 28 september 1945.

Loi n° 263 de 17 mai 1943 réglementant l'organisation des études en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme, *JO* 30 mei 1943.

Décret n° 43-891 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices civils créant les commissions médicales consultatives, *JO* 21 april 1943.

Décret et arrêtés 9 janvier 1917 relatifs au nouveau régime d'études des élèves sages-femmes, *JO* 13 januari 1917.

Loi 5 août 1916 tendant à assurer le recrutement des sages-femmes et à supprimer la 2e classe pour les herboristes et les sages-femmes, *JO* 6 augustus 1916.

Décret 25 juillet 1893 relatif aux conditions d'études exigées des aspirantes aux diplômes de sage-femme, *JO* 26 juli 1893.

Loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, *JO* 1 december 1892.

Loi du 19 ventôse an XI relative à l'exercice de la médecine.

Loi Le Chapelier du 14 juin 1791.

Décret 2 -17 mars 1791 portant suppression de tous les droits d'aides, de toutes les maîtrises et jurandes, et établissement de patentes (Décret d'Allarde).

2. RECHTSPRAAK¹⁵²¹

2.1. Belgische rechtspraak (2^{de} helft 20^{ste} eeuw-1^{ste} helft 21^{ste} eeuw): 70 dossiers + 1 recent dossier na het afsluiten van de rechtspraakanalyse

Brussel 31 januari 2007, rol.nr. 2006/AR/657.

Brussel 24 mei 2016, rol.nr. 2008/AR/740.

Brussel 6 september 2011, rol.nr. 2008/AR/740.

Rb. Brussel 15 november 2007, rol.nr. 04/8723/A.

Brussel 26 april 2016, rol.nr. 2011/AR/1664.

Rb. Brussel 7 september 2010, rol.nr. 1999/9510/A.

Brussel 3 mei 2004, *RGAR* 2006, 14175.

Rb. Gent 21 maart 2016, rol.nr. 06/3352/A.

Rb. Gent 12 februari 2009, rol.nr. 06/3352/A.

KI Gent 16 november 2006, 2005/KI/1455.

Rk. Gent 21 november 2005, Not.nr.GE/45.99.673/2001.

Luik 12 januari 2016, arrestnr. 2015/CO/191.

Corr. Namen 12 februari 2015, Not.nr. NA.30.L1.3596-05.

KI Luik 5 december 2013, rol.nr. 2013/TC/31, rep. 2013/3853.

Rk. Namen 7 juni 2013, Not.nr. NA.30.L1.003596/2005.

Rb. Gent 19 oktober 2015, rol.nr. 12/3513/A.

Rb. Brussel 17 november 2015, rol.nr. 2007/9450/A.

KI Brussel 14 december 2006.

Rk. Brussel 10 oktober 2006, Not.nr. BR.46.99.001591/2001.

Brussel [hangend], rol.nr. 15/AR/1884.

Rb. Brussel 24 juni 2015, rol.nr. 07/13215/A.

Antwerpen [hangend]

Corr. Antwerpen 27 november 2014, Not. Nr. AN.30.99.72-10.

¹⁵²¹ Ook hier werd geopteerd om de zaken chronologisch, van meest recent naar de oudste, op te sommen, waarbij de datum van de laatste uitspraak de volgorde bepaalt. Hiermee wordt niet de hiërarchie van de rechtbanken gevolgd, maar deze werkwijze heeft het grote voordeel dat alle uitspraken met betrekking tot dezelfde feiten telkens gegroepeerd staan.

Brussel 4 februari 2014, rolno. 2011/AR/2288.
Rb. Brussel 3 juni 2011.
Rb. Antwerpen [hangend]
Cass. 27 mei 2014, N° P.2013.1241.N.
Antwerpen 17 mei 2013, rolno. 2010/CO/5.
Corr. Antwerpen 2 april 2009, Not.no. AN.46.99.347/04.
KI Antwerpen 26/06/2008.
Rk. Antwerpen 16/01/2008, Not.no. AN.46.99.347/04.

Bergen 22 maart 2013, rolno. 2011/AR/1044.
Cass. 30 juni 2011, N° C.09.0160.F/1.
Brussel 25 september 2008, rolno. 2005/AR/1103.
Cass. 10 oktober 2003, N° C.02.0186.F/1.
Luik 8 oktober 2001.
Rb. Hoei 18 maart 1999.
Luik 20 april 1989.
Corr. Hoei 7 februari 1986.

Rb. Antwerpen 2 november 2011, rolno. 09/6911/A.

Brussel 23 november 2010, rolno. 2007/AR/388, *RGAR* 2011, nr. 14716.
Rb. Nijvel 3 maart 2006.

Gent 18 april 2013, rolno. 2010/AR/1864.
Rb. Gent 25 maart 2010, rolno. 09/1348/A.
Cass. 26 april 2005, N° P.04.1614.N/1.
Brussel 4 november 2004, arrestno. 1061.
Cass. 15 december 1998, N° P.96.1206.N.
Gent 25 juni 1996, arrestno. 80594.
Corr. Gent 11 oktober 1995, Not.no. 46.90.3502/91.

Luik 10 mei 2012, *JLMB* 2013-14, 779-788.

Cass. 19 oktober 2011, N° P.11.849.F.
Brussel 5 april 2011, griffieno. 2009BC980.
Corr. Brussel 30 juni 2009, Not.no. BR.46.L2.838.556/02.

Luik 31 maart 2011, *JLMB* 2012-13, 1082-1091.

Rb. Turnhout 18 februari 2010, rolno. 09/1049/A.

Cass. 30 september 2009, N° P.09.686.F.
Brussel 20 maart 2009, arrestnr. 2009/1205.
Rb. Brussel 5 mei 2004.

Rb. Gent 25 september 2009, rolnr. 06/4062.
Antwerpen 30 juni 2009, *T. Gez.* 2010-11, 140, noot N. VAN GELDER.
Rb. Antwerpen 10 oktober 2007, rolnr. 95/6997/A.
Rk. Antwerpen 19 september 1994.
Rb. Brussel 9 februari 2009, rolnr. 96/2712/A.
Brussel 5 juni 1997, rolnr. 1997/AR/1429, *JT* 1998, 72.
Rb. Brussel 25 september 1996, rolnr. 96/2712/A.

Corr. Brussel 9 mei 2008, Not.nr. BR.32.99.713/01.
Rk. Brussel 5 juni 2007.

Rb. Brugge, rolnr. 03/2619/A. (weglating van de rol)
Rk. Brugge 5 november 2008, Not.nr. BG.46.99.292-98.

Gent 18 september 2008, rolnr. 2004/AR/2078.
Rb. Gent 7 mei 2004, rolnr. 01/4311/A, *T. Gez.* 2007-08, 162.

Luik 10 januari 2008, rolnr. 2005/CO/350, *JLMB* 2008, 1421.
Corr. Luik 15 juni 2005.

Brussel 12 december 2007, rolnr. 2003/AR/2349.
Rb. Brussel 13 juni 2002, rolnr. 81/122322/A.

Corr. Dendermonde 1 oktober 2007, Not.nr. DE.32.97.359/02.
Rk. Dendermonde 19 december 2006.

Luik 26 maart 2007, rolnr. 1992/RG/29916.
Luik 8 mei 1996, *RGAR* 1997, 12845.
Rb. Luik 30 juni 1992, rolnr. 91.974.

Gent 8 februari 2007, rolnr. 2005/AR/2253
Rb. Dendermonde 21 januari 2005, rolnr. 03/1847/A

Brussel 10 oktober 2007, rolnr. 2005/BC/1067.
Corr. Leuven 19 september 2005, Not.nr. LE.46.99.691-97.

Gent 7 december 2006, rolnr. 2001/AR/2167 en 2001/AR/2167, *Intercontact* 2007, 10.

Rb. Gent 13 december 2000, *Intercontact* 2007, afl. 1, 10.

Rk. Gent 17 februari 1995.

Antwerpen 27 november 2006, *T.Gez.* 2008-09, 132, noot R. VERMEIREN.

Rb. Turnhout 16 september 2004.

Rb. Mechelen 6 juni 2006, rolnr. 04/965/A, *Intercontact* 2007, 33.

Rk. Mechelen 8 maart 2005, Not.nr. ME.46.99.44/03.

Rb. Gent 14 april 2006, rolnr. 97/3708/A, *T.Gez.* 2009-10, 142, noot T. VANSWEEVELT.

Rb. Brugge 7 februari 2006, *T. Gez.* 2007, 186, noot M-N.VEYS .

Rb. Antwerpen 12 mei 2005, rolnr. 97/2177/A.

Cass. 13 september 2005, N° P.05.513.

Brussel 2 maart 2005, rolnr. 12V2003.

Corr. Leuven 19 november 2002, Not.nr. LE.46.99.45/97.

Rk. Brugge 1 december 2004, *T.Gez.* 2005-06, 408, noot N. COLETTE-BASECQZ.

Gent 30 november 2004, rolnr. 1102/2003.

Corr. Gent 17 september 2003, Not.nr. GE46.99.212.99.

Rk. Gent 22 januari 2003.

Corr. Dinant 31 mei 2004, *T.Gez.* 2005-06, 224-232; verkeerdelijk vermelding Rb. Dinant 31 mei 2005, *T. Gez.* 2009-10, 35-41 noot N.V.

Antwerpen 24 mei 2004, rolnr. 2001/AR/1322.

Cass. 13 februari 2004, N° C.02.0616.F.

Luik 24 juni 2002, rolnr. 2000/AR/314, *T.Gez.* 2007-2008, 242.

Rb. Luik 21 januari 2000, rolnr. 94/3777/A.

Bergen 2 december 2003, *T. Gez.* 2007-08, 160.

Rb. Charleroi 8 november 2000.

Bergen 24 april 2003, rolnr. 2001/RG/809, *RGAR* 2004, nr. 13870.

Antwerpen 21 oktober 2002, *T.Gez.* 2007-08, 390.

Rb. Antwerpen 8 oktober 1999, *T.Gez.* 2001-02, 256.

Rb. Namen 9 januari 2002, rolnr. 712/95.

Antwerpen 5 juni 2001, *T.Gez.* 2002-03, 102.

Corr. Antwerpen 24 november 2000, *RW* 2000-01, 1423, noot C. DESMET en H. NYS.

Rk. Dendermonde 21 april 2000, Not.nr. 43.99.411/97/23.

Luik 31 januari 2000, *T. Gez.* 2000-01, 382.

Corr. Hasselt 24 december 1999, *T.Gez.* 2001-02, 167.

Antwerpen 30 juni 1997, *T. Gez.* 1999-00, 126-128.

Rb. Turnhout 12 september 1994, rolnr. 1994/AR/3615 en 1995/AR/79.

Gent 26 maart 1997, arrestnr. 81869, *AJT* 1997-98, 463, noot C. COUDRON.

Corr. Dendermonde 16 januari 1995.

Bergen 25 oktober 1996, *T.Gez.* 1998-99, 388.

Rk. Dendermonde 13 augustus 1995, Not.nr.43.99.411/97/23.

Brussel 8 februari 1995, *T.Gez.* 1996-97, 264, noot R. HEYLEN.

Corr. Gent 30 juni 1995, *Recht voor Verpleegkundigen en Vroedvrouwen*, 2003, 6^{de} editie, 336.

Corr. Eupen 10 oktober 1994, *JLMB* 1995, 606, noot J. BODSON.

Luik 15 maart 1994, *T. Gez.* 1998-99, 151.

Antwerpen 11 maart 1992, rolnr. 3643/89 en 674/90, *VI.T.Gez.* 1993, 305.

Rb. Hasselt 20 mei 1986 en 26 september 1989.

Brussel 29 juni 1982, *RGAR* 1983, nr. 10719.

Luik 26 maart 1991, *Pas.* 1991, II, 132 en *RGAR* 1994, nr. 12327.

Corr. Dendermonde 19 maart 1991, *VI. T. Gez.* 1991, 125, noot R. HEYLEN.

Corr. Charleroi 23 november 1989, *JLMB* 1990, 348.

Gent 14 november 1988, *VL. T.Gez.* 1989, 245, noot M. VAN LIL.
Corr. Gent 12 februari 1988, *VL. T.Gez.* 1988, 347.

Cass. 11 februari 1987, *Pas.* I, 350, 695, *VL. T.Gez.* 1987, 41, noot J.J. ANDRÉ.
Luik 25 juni 1986, *JL* 1986, 674.
Corr. Dinant 20 maart 1984.

Rb. Leuven 8 mei 1987, *RGAR* 1988, nr. 11377.
Rb. Leuven 8 oktober 1980, rolnr. 15.125.

Cass. 23 september 1974, *RGAR* 1975, 9472.
Brussel 27 februari 1974, *De Verzekering* 1974, 637.
Corr. Doornik 7 juni 1973.

Vred. Saint-Nicolas-Liège 30 april 1959, *JT* 1959, 457.
2.2. Belgische rechtspraak (19^{de} eeuw-1^{ste} helft 20^{ste} eeuw)

Corr. Kortrijk 22 oktober 1913, bevestigd door Gent 7 feb 1914, Gent, Rijksarchief, Rechtbank van Kortrijk, dossiernr. 38632.

Gent 7 november 1904, Gent, Rijksarchief, Hof van beroep Gent, dossiernr. 28293 en 28294.

Corr. Luik 19 maart 1902, *Pand. pér.* 1902, 946.

Cass. 24 september 1897, vernietiging van Rk. Antwerpen 1 mei 1897, *BJ* 1898, 558.

Corr. Antwerpen 22 juni 1897, *BJ* 1897, 558.

Corr. Gent 15 februari 1897, Beveren-Waas, Rijksarchief, Correctionele rechtbank Gent, dossiernr. 95124.

Corr. Mons 29 april 1893, *JT* 1893, 619, *Gazette médicale de Liège* 1893, afl. 33, 386-387.

Cass. 18 juni 1883, *Pas.* 1883, 28.

Brussel 14 juni 1882, Brussel, Rijksarchief, Hof van beroep Brussel, dossiernr. 2964.

Brussel 27 januari 1880, *Pas.* 1880, 80.
Brussel 18 januari 1878, Brussel, Rijksarchief, Hof van beroep Brussel, dossiernr. 2632.

Corr. Antwerpen 7 november 1877, *Pas.* 1878, 65.

Brussel 11 januari 1877, *Pas.* 1877, 162.

Corr. Hasselt 13 juni 1874, *Pas.* 1874, 235.

Brussel 28 juni 1872, Brussel, Rijksarchief, Hof van beroep Brussel, dossiernr. 2203.

Brussel 15 januari 1869, Brussel, Rijksarchief, Hof van beroep Brussel, dossiernr. 1958.

Cass. 2 november 1868, *Pas.* 1869, 7.

Cass. 20 oktober 1868, *BJ* 1869 en 830, *Pas.* 1869, 149.

Brussel 22 augustus 1868, Brussel, Rijksarchief, Hof van beroep Brussel, dossiernr. 1943.

Cass. 10 augustus 1868, *Pas.* 1868, 457.

Brussel 18 juni 1868, *BJ* 1868, 894-896 en *Pas.* 1868, 388.

Corr. Charleroi 24 mei 1868, *Pas.* 1868, 457-459.

Gent 4 augustus 1868, *Pas.* 1868, 329.

Brussel 30 april 1868, Brussel, Rijksarchief, Hof van beroep Brussel, dossiernr. 1935.

Corr. Kortrijk 27 oktober 1865, *BJ* 1865, 1584.

Brussel 22 maart 1862, *Pas.* 1863, 113.

Corr. Doornik s.d., *BJ* 1861, 863.

Brussel 15 februari 1861, *Pas.* 1861, 271.

Gent 2 april 1859, *Pas.* 1860 en *BJ* 1859, 639.

Luik 3 maart 1859, *BJ* 1859, 1272.

Corr. Brugge 1 oktober 1858, Beveren-Waas, Rijksarchief, Rechtbank van Brugge, dossiernr. 2609.

Brussel 10 juli 1858, *BJ* 1859, 1271.

Luik 30 oktober 1856, *Pas.* 1857, 67.

Corr. Ieper 6 januari 1853, *BJ* 1853, 975.

Luik 30 juli 1850, *Pas.* 1851, 89 en *BJ* 1852, 1550.

Corr. Brugge 25 mei 1850, *BJ* 1850, 831.

Cass. 21 december 1847, *Pas.* 1848, 85 en *BJ* 1848, 139 en *DP.* 48.2.22.

Rk. Tongeren 14 mei 1847, *BJ* 1848, 28.

Corr. Kortrijk 24 februari 1847, Corr. Nijvel 26 februari 1847, Corr. Mechelen 1 maart 1847, Corr. Bergen 4 maart 1847, Corr. Dendermonde 19 maart 1847, Corr. Gent 26 maart 1847, Corr. Bergen 4 mei 1847, Corr. Gent 8 mei 1847, *Gazette médicale belge* 1847, afl. 48, VI.

Corr. Aarlen 8 januari 1847, Corr. Kortrijk 24 februari 1847, *Gazette médicale belge* 1947, afl. 48, VI.

Corr. Namen 10 december 1846, Corr. Verviers 11 december 1846, Corr. Turnhout 18 december 1846, Corr. Hasselt 5 februari 1847, Corr. Kortrijk 24 februari 1847, Corr. Namen 12 maart 1847, Corr. Doornik 13 maart 1847, Corr. Aarlen 18 maart 1847, *Gazette médicale belge* 1947, afl. 48, VI.

Corr. Dendermonde 30 januari 1846, Antwerpen 12 mei 1846, *Gazette médicale belge* 1846, afl. 30, 137.

Rk. Tongeren 28 juni 1844, *BJ* 1844, 1309 en *WvhR* 1844, afl. 532.

Corr. Brussel 17 mei 1843, Corr. Kortrijk 19 mei 1843, Corr. Bergen 10 mei 1843, *Gazette médicale belge* 1843, afl. 25, 112.

Namen 19 januari 1843 en Luik 26 januari 1843, *Gazette médicale belge* 1843, afl. 12, 46.
Brussel 6 juni 1837, *Pas.* 1837, 122.

Brussel 29 december 1832, *Pas.* 1832, 310.

Brussel 30 november 1821, *Pas.* 1821, 508.

2.3. Nederlandse rechtspraak (2^{de} helft 20^{ste} eeuw-1^{ste} helft 21^{ste} eeuw): 35 dossiers

Rb. Zeeland-West-Brabant 22 juni 2016, rolnr. C/02/305321 / HA ZA 15-629, ECLI:NL:RBZWB:2016:3838.

Den Haag 21 april 2015, rolnr. 200.134.948, ECLI:NL:GHDHA:2015:876.
Rotterdam van 11 februari 2009, 26 januari 2011 en 23 januari 2013.

's-Hertogenbosch 26 augustus 2014, rolnr. HD 200.073.005, ECLI:NL:GHSHE:2014:2964
's-Hertogenbosch 19 juni 2012, rolnr. HD 200.073.005, LJN BW8927.
Rb. Maastricht 18 oktober 2006, rolnr. 96373/HA ZA 04-1031, LJN AZ0717 en *GJ* 2007, 9.
Rb. Maastricht 22 maart 2006, rolnr. LJN AV723.
Centraal Tuchtcollege voor gezondheidszorg 10 april 2007.

Amsterdam 17 juni 2014, rolnr. 23-004267-12, ECLI:NL:GHAMS:2014:2280 met noot D.J.P. VAN BARNEVELD, *N. T.Gez.* 2014, 520-535.
Corr. Alkmaar 24 september 2012, rolnr. 14-701283-11, LJN BX8124.
Regionaal Tuchtcollege 12 april 2011, *TvV* 2011, 53-56.

Rb. Rotterdam 4 december 2013, rolnr. HA ZA 12-834.

Arnhem-Leeuwarden 25 juni 2013, rolnr. 200.082.937, ECLI:NL:GHARL:2013:4401.
Rb. Zutphen 7 juli 2010, rolnr. 109/635.

HR 23 november 2012, N° 10/05350, LJN BX7264.
Amsterdam 3 augustus 2010, rolnr. 106.003.178.
Rb. Haarlem 1 juni 2005, rolnr. 49673/HA ZA 98-1592.

Arnhem 18 september 2012, rolnr. 200.035.797, LJN BX8853.
HR 7 december 2007, N° C 06/253, LJN BB3670 en *NJ* 2007, 644.
Leeuwarden 22 februari 2006, rolnr. 0400124, LJN AV2474.
Rb. Leeuwarden 26 november 2003, rolnr. 50341 HA ZA 01-011.
Medisch Tuchtcollege Groningen 6 februari 1997.

Rb Rotterdam 29 februari 2012 en 2 april 2014, rolnr. C/10/378930/HA ZA 11-1203, ECLI:NL:RBROT:2014:4197.

HR 9 december 2011, N° 10/02070, LJN BT2921, *NJ* 2011/599.
Arnhem 9 februari 2010, rolnr. 200.006.467/01, *RAV* 2010, 54.
Rb. Zwolle-Lelystad van 30 januari 2008, rolnr. 122876/HA ZA 06-937.
Rb. Arnhem 20 oktober 2011, rolnr. 218353, LJN BU4405.
Rb. Zutphen 22 juni 2011, rolnr. 113450/HA ZA 10-1338.

Rb. Rotterdam 2 maart 2011, rolnr. 361210/HA ZA 10-25372.

's-Hertogenbosch 2 november 2010, rolnr. HD 200.032.090

Arnhem 22 september 2009, rolnr. 200.023.607, LJV BL1109, *NJF* 2010, 182

HR 24 december 2004, N° CO3/268.

Arnhem 20 november 2001 en 18 maart 2003, rolnr. 01/137.

Rb. Arnhem 23 november 2000.

HR 12 februari 1993.

's-Hertogenbosch 30 juli 1991, rolnr. 492/87.

Rb. Breda 31 maart 1987.

Medisch Tuchtcollege Eindhoven 28 februari 1983.

s'-Gravenhage 29 september 2009, rolnr. 105.006.478/01, LJV BK1574.

Rb. s'-Gravenhage 28 juni 2006, rolnr. 245102/HA ZA 05-1963.

's-Gravenhage 28 april 2009, rolnr. 105.001.264, LJV BI4768.

Rb. 's-Gravenhage 15 maart 2004, rolnr. 29257/HA ZA 01-161.

Rb. Rotterdam 28 november 2007, LJV BD7445.

Rb. Amsterdam 1 augustus 2007, rolnr. 266095/HA ZA 03-1295, LJV BB3691.

Arnhem 22 mei 2007 en 21 januari 2003, rolnr. 2001/580, LJV BA5776.

Rb. Arnhem 15 maart 2001.

Arnhem 6 maart 2007, rolnr. 2005/393, LJV BA 1317, *NJF* 2007, 246, *JA* 2007/90, *GJ* 2007/78.

Rb. Zwolle 28 januari 2004.

Medisch Tuchtcollege Zwolle 25 augustus 2001.

Rb. Groningen 14 februari 2007, rolnr. 63725/HA ZA 03-177, LJV BA 7177, *NJF* 2007, 355.

Rb. Utrecht 10 januari 2007, rolnr. 211406/HA ZA 06-1051, LJV AZ6197.

Arnhem 12 september 2006, rolnr. 2005/936, LJV AY 9481.

Rb. Arnhem 18 mei 2005.

Amsterdam 2 maart 2006, rolnr. 114/99, LJV AX3550.

Rb. Haarlem 1 december 1998.

Rb. Rotterdam 8 februari 2006 HA ZA 05-2483, LJV AX2193.

Medisch Tuchtcollege Rotterdam 1 juli 2004.

HR 1 april 2005, N° CO4/030, LJN AS6006.

Amsterdam 25 september 2003.

Rb. Amsterdam 22 augustus 2001.

HR 18 maart 2005, N° C03/206HR, ECLI:NL:PHR:2005:AR5213, *RvdW* 2005, 42,

VR 2005, 47, *JA* 2005/34 met noot van F.M. RUITENBEEK-BART, *NJ* 2006, 606 met noot van J.B.M. VRANKEN, *RV* 2014/149 met noot van REDACTIE VAN RECHTSPRAAK VERMOGENSRECHT.

's-Gravenhage 26 maart 2003, rolnr. 2000/564, LJN AF6263, *NJ* 2003, 249.

Rb. 's-Gravenhage 2 februari 2000, rolnr. 96/1581, *NJK* 2000, 54.

Amsterdam 4 november 2004, *T. Gez.* 2005, 243-246.

Leeuwarden 3 november 2004, rolnr. 0100091, LJN AR5199.

Rb. Leeuwarden 15 december 2000.

HR 9 juli 2004, N° C03/081, LJN AO7190.

Leeuwarden 20 november 2002, rolnr. 9900134, LJN AF0928.

Rb. Groningen 20 november 1998, rolnr. 29091/HA ZA 97-863.

HR 31 oktober 2003, N° CO2/234, LJN AL8168.

Amsterdam 16 mei 2002.

Rb. Amsterdam 11 april 2001.

's-Gravenhage 3 april 2002, rolnr. 00/502, LJN AJ0793, ECLI:NL:GHSGR:2002:AJ0793, *Prg.* 2002, 5895.

Rb. 's-Gravenhage 17 december 1998 en 3 februari 2000.

Corr. Amsterdam 20 december 2001, rolnr. 13-011874-00, LJN AD7595.

Medisch Tuchtcollege Eindhoven 24 november 1999.

Rb.'s-Hertogenbosch 16 november 2001, rolnr. 16600/HA ZA 97-1899, LJN AD6137.

Rb.'s-Gravenhage 12 april 2000, rolnr. 99/870, LJN AA5464.

2.4. Nederlandse rechtspraak (19^{de} eeuw-1^{ste} helft 20^{ste} eeuw)

HR 17 februari 1941.

Arrondrb.'s-Gravenhage 23 september 1940, *WvhR* 1941, afl. 52.

HR 24 juni 1940.

Arrondrb. 's-Gravenhage 23 maart 1940.

Kantongerecht 's-Gravenhage 26 oktober 1939, *Ned. Jurisprudentie* 1940, 1122.

HR 3 januari 1916, *WvhR* 1916, afl. 9938.

Amsterdam 7 september 1915.

Arnhem 7 mei 1907, *WvhR* 1907, afl. 8550.

HR 22 mei 1905, *WvhR* 1905, afl. 8226.

's-Hertogenbosch 8 februari 1905, *WvhR* 1905, afl. 8212.

HR 5 maart 1900, *WvhR* 1900, afl. 7405.

Arrondrb. Breda 30 november 1899.

Kantongerecht Breda 15 september 1899.

HR 12 april 1898, *WvhR* 1898, afl. 7113.

Amsterdam 22 december 1897.

HR 20 december 1897, *WvhR* 1898, afl. 7059.

Amsterdam 14 september 1897.

HR 15 november 1897, *WvhR* 1897, afl. 7044.

Amsterdam 23 juni 1897.

HR 24 mei 1897, *WvhR* 1897, afl. 6978.

Amsterdam 9 februari 1897.

Arrondrb. Amsterdam 1 december 1896, *WvhR* 1897, afl. 6960.

Arrondrb. Groningen 4 februari 1897, *WvhR* 1897, afl. 6961.

Arrondrb. 's-Gravenhage 6 december 1894, *WvhR* 1895, afl. 6603.

Kantongerecht 's-Gravenhage 8 november 1894, *WvhR* 1894, afl. 6574.

Corr. Medemblik 22 december 1893, *N. Pas*, v^o Geneeskunde, nr. 237.

HR 27 februari 1893, *WvhR* 1893, afl. 6313.

Arrondrb. 's Hertogenbosch 29 november 1892.

Arrondrb. 's-Gravenhage 22 februari 1892, *WvhR* 1892, afl. 6158.

Arnhem 4 oktober 1883.

Arrondrb. Tiel 9 juni 1883, *WvhR* 1883, afl. 4954 en *N. Pas*., v^o Geneeskunde, nr. 188.

HR 21 februari 1876, *N. Pas.*, v° Geneeskunde, nr. 144.

Arrondrb. Zuid-Holland 16 november 1875.

HR 12 december 1865, *WvhR* 1865, afl. 2759 en *N. Pas.*, v° Burgerlijke stand, 17.

Arrondrb. Amsterdam 20 maart 1864, *Rechtsgeleerd bijblad* 1864, 439.

Amersfoort 9 augustus 1862, *N. Pas.*, v° Burgerlijke stand, 23.

Zuid-Holland 8 augustus 1861, *WvhR* 1882, afl. 4716.

HR 1 april 1862, *N. Pas.*, v° Burgerlijke stand, 15.

Arrondrb. 's Hertogenbosch 23 juli 1861, *WvhR* 1861, afl. 2293.

HR 8 mei 1861.

Overijssel 23 februari 1861, *WvhR* 1861, afl. 2310 en *N. Pas.*, v° Geneeskunde, nr. 26.

HR 16 juli 1859, *WvhR* 1859, afl. 2083 en *N. Pas.*, v° Burgerlijke stand, 24.

Arrondrb. Arnhem 11 november 1856, *WvhR* 1856, 1827 en *N. Pas.*, v° Burgerlijke stand, 20 en 22.

HR 8 januari 1856.

Arrondrb. Winschoten 5 oktober 1855, *WvhR* 1855, 1690 en *N. Pas.*, v° Geneeskunde, 56.

Kantongerecht Zuidbroek 3 augustus 1855, *WvhR* 1857, afl. 1837.

HR 13 april 1852, *WvhR* 1853, afl. 1416.

Zeeland 2 februari 1852.

Arrondrb. Goes 13 november 1851.

HR 31 augustus 1849, *WvhR* 1849, afl. 1062.

Arrondrb. Assen 26 juni 1848, *WvhR* 1848, afl. 929.

HR 31 augustus 1848, J. VAN DEN HONERT, *Verzameling van arresten van den Hoogen Raad der Nederlanden: Gemengde zaken*, volume 8, 1850, Amsterdam, C.G. Sulpke en Gebroeders Diederichs, 49, nr. 326.

Arrondrb. Rotterdam 18 mei 1848 en 6 juni 1848.

Utrecht 4 november 1847, *N. Pas.*, v° Burgerlijke stand, 21.

Arrondrb. Amsterdam 20 juni 1846, *WvhR* 1846, afl. 714.

HR 17 maart 1846, J. VAN DEN HONERT, *Verzameling van arresten van den Hoogen Raad der Nederlanden: Gemengde zaken*, volume 4, 1846, Amsterdam, C.G. Sulpke en Gebroeders Diederichs, 81, nr. 146.

Vriesland 6 januari 1846.

Overijssel 3 juni 1842, *N. Pas*, v° Geneeskunde, nr. 102.

HR 4 oktober 1842, *WvhR* 1843, afl. 355 en *BJ* 1843, 249.

Arrondrb. Amersfoort 19 mei 1842, *WvhR* 1842, afl. 324.

HR 10 mei 1842, J. VAN DEN HONERT, *Verzameling van arresten van den Hoogen Raad der Nederlanden: Gemengde zaken*, volume 3, Amsterdam, C.G. Sulpke en Gebroeders Diederichs, 1846, 13, nr. 103.

Arrondrb. Amsterdam 24 februari 1842.

Utrecht 7 september 1841, *WvhR* 1841, afl. 232.

HR 18 november 1840, J. VAN DEN HONERT, *Verzameling van arresten van den Hoogen Raad der Nederlanden: Gemengde zaken*, volume 1, Amsterdam, C.G. Sulpke en Gebroeders Diederichs, 1841, 278, nr. 38.

Arrondrb. Leeuwarden 2 september 1840, *N. Pas*, v° Geneeskunde, nr. 49.

2.5. Nederlandse tuchtrechtspraak (1^{ste} helft 21^{ste} eeuw): 65 dossiers

Regionaal Tuchtcollege Zwolle 16 oktober 2015, zaaknr. 057/2015, ECLI:NL:TGZRZWO:2015:84.

Regionaal Tuchtcollege Den Haag 14 juli 2015, zaaknr. 2013-178a, ECLI:NL:TGZRSGR:2015:95.

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag 19 mei 2015, zaaknr. c2014.347, ECLI:NL:TGZCTG:2015:163, bevestiging van Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 8 juli 2014, zaaknr. 13/383V.

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag 24 maart 2015, zaaknr. c2014.066, ECLI:NL:TGZCTG:2015:100, hervorming van Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 17 december 2013, zaaknr. 2012/445V, ECLI:NL:TGZRAMS:2013:61.

Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 17 december 2013, zaaknr. 2012/446, ECLI:NL:TGZRAMS:2013:62.

Regionaal Tuchtcollege Zwolle 13 maart 2015 zaaknr. 094/2014, ECLI:NL:TGZRZWO:2015:27 en 095/2014, ECLI:NL:TGZRZWO:2015:28.

Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 10 maart 2015, zaaknr. 2014/264V, ECLI:NL:TGZRAMS:2015:23

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag 12 augustus 2014, zaaknr. c2013.275, ECLI:NL:TGZCTG:2014:313, bevestiging van Regionaal Tuchtcollege Zwolle 14 juni 2013, zaaknr. 160/2012, ECLI:NL:TGZRZWO:2013:YG3008.

Regionaal Tuchtcollege Zwolle 1 augustus 2014, zaaknr. 253/2013, ECLI:NL:TGZRZWO:2014:92 en 254/2013.

Regionaal Tuchtcollege Den Haag 15 juli 2014, zaaknr. 2013-139a, ECLI:NL:TGZRSGR:2014:72.

Regionaal Tuchtcollege 8 juli 2014 Amsterdam zaaknr. 2013/384V, ECLI:NL:TGZRAMS:2014:65 en 2013/383V, ECLI:NL:TGZRAMS:2014:64 .

Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 8 juli 2014, zaaknr. 2013/469V, ECLI:NL:TGZRAMS:2014:66.

Centraal Tuchtcollege Den Haag 8 mei, 24 april en 24 juni 2014, zaaknr. C2013.330, ECLI:NL:TGZCTG:2014:263, hervorming van Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 16 juli 2013, zaaknr. 2012/357V, ECLI:NL:TGZRAMS:2013:12 en 2012/358V, ECLI:NL:TGZRAMS:2013:13 en 2012/359V, ECLI:NL:TGZRAMS:2013:14.

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag 27 mei 2014, zaaknr. c2013.267, ECLI:NL:TGZCTG:2014:220.

Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 4 maart 2014, zaaknr. 2013/146V, ECLI:NL:TGZRAMS:2014:17.

Regionaal Tuchtcollege Den Haag 10 december 2013, zaaknr. 2012-245B, ECLI:NL:TGZRSGR:2013:36.

Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 28 mei 2013, zaaknr. 2012/281V, ECLI:NL:TGZRAMS:2013:YG2943 en 2012/282V en 2012/283V.

Regionaal Tuchtcollege Eindhoven 23 mei 2013, zaaknr. 12121, ECLI:NL:TGZREIN:2013:YG2939.

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag 14 februari 2013, zaaknr. c2011.396, ECLI:NL:TGZCTG:2013:YG2645, bevestiging van Regionaal Tuchtcollege Den Haag 25 oktober 2011, zaaknr. 2010-166, ECLI:NL:TGZRSGR:2011:YG1442.

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag 10 januari 2013, zaaknr. c2011.416, ECLI:NL:TGZCTG:2013:YG2562, bevestiging van Regionaal Tuchtcollege Den Haag 25 oktober 2011, zaaknr. 2010-074c, ECLI:NL:TGZRSGR:2011:YG1443.

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag 20 december 2012, zaaknr. c2011.146, ECLI:NL:TGZCTG:2012:YG2518 en c2011.147, ECLI:NL:TGZCTG:2012:YG2519, hervorming van Regionaal Tuchtcollege Zwolle 17 februari 2011, zaaknr. 231/2009, ECLI:NL:TGZRZWO:2011:YG0913 en 232/2009, ECLI:NL:TGZRZWO:2011:YG0914.

Regionaal Tuchtcollege Zwolle 12 april 2012, zaaknr. 091/2011, ECLI:NL:TGZRZWO:2012:YG1933.

Regionaal Tuchtcollege Zwolle 12 januari 2012, zaaknr. 257/2010, ECLI:NL:TGZRZWO:2012:YG1680.

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag 15 december 2011, zaaknr. C2011.042 ECLI:NL:TGZCTG:2011:YG1623, bevestiging van Regionaal Tuchtcollege Zwolle 18 november 2010, zaaknr. 100/2009, ECLI:NL:TGZRZWO:2010:YG0675 en 130/2009 en 129/2009 en 131/2009 en 008/2010 en 009/2010, ECLI:NL:TGZRZWO:2010:YG0669.

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag 7 februari 2013, zaaknr. c2012.040, ECLI:NL:TGZCTG:2013:YG2625 en c2012.041, bevestiging van Regionaal Tuchtcollege Groningen 6 december 2011, zaaknr. G2010/75, ECLI:NL:TGZRGRO:2011:YG1568.
Regionaal Tuchtcollege Groningen 6 december 2011, zaaknr. VP2010/13, ECLI:NL:TGZRGRO:2011:YG1575.

Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 29 november 2011, zaaknr. 2010/246V, ECLI:NL:TGZRAMS:2011:YG1565.

Regionaal Tuchtcollege Eindhoven 14 november 2011, zaaknr. 10180b, ECLI:NL:TGZREIN:2011:YG1493 en 10180a, ECLI:NL:TGZREIN:2011:YG1492.

Regionaal Tuchtcollege Eindhoven 14 november 2011, zaaknr. 1160, ECLI:NL:TGZREIN:2011:YG1494.

Regionaal Tuchtcollege Den Haag 25 oktober 2011, zaaknr. 2010-043, ECLI:NL:TGZRSGR:2011:YG1444.

Regionaal Tuchtcollege Groningen 4 oktober 2011, zaaknr. V2010-05, ECLI:NL:TGZRGRO:2011:YG1419.

Regionaal Tuchtcollege Groningen 4 oktober 2011, zaaknr. V2010-01, ECLI:NL:TGZRGRO:2011:YG1420.

Regionaal Tuchtcollege Groningen 4 oktober 2011, zaaknr. V2010-02, ECLI:NL:TGZRGRO:2011:YG1418.

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag 27 november 2012, zaaknr. c2011.258 en c2011.259, ECLI:NL:TGZCTG:2012:YG2440, bevestiging van Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 7 juni 2011, zaaknr. 2011/024 en 2010/190, ECLI:NL:TGZRAMS:2011:YG1154. Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 7 juni 2011, zaaknr. 2010/191v.

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag 19 april 2011, zaaknr. C2010.107, ECLI:NL:TGZCTG:2011:YG1067 en C2010.106, ECLI:NL:TGZCTG:2011:YG1066, hervorming van Regionaal Tuchtcollege Zwolle 18 maart 2010 zaaknr. 171/2008 en 172/2008, ECLI:NL:TGZRZWO:2010:YG0170.

Regionaal Tuchtcollege Zwolle 18 november 2010, zaaknr. 010/2010, ECLI:NL:TGZRZWO:2010:YG0674.

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag 1 juni 2010, zaaknr. C2009/126, ECLI:NL:TGZCTG:2010:YG0333, hervorming van Regionaal Tuchtcollege 10 maart 2009, zaaknr. 08/110V.

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag 11 mei 2010, zaaknr. C2009/087, ECLI:NL:TGZCTG:2010:YG0276, hervorming van Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 10 februari 2008, zaaknr. 07/203V.

Regionaal Tuchtcollege Eindhoven 19 april 2010, zaaknr. 0960, ECLI:NL:TGZREIN:2010:YG0233.

Regionaal Tuchtcollege Zwolle 27 april 2006, zaaknr. 130-1/04.

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 24 juni 2003, zaaknr. 2002.181, hervorming van Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 22 februari 2001, zaaknr. 01/033V.

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 27 november 2001, zaaknr. 2000.099, bevestiging van Regionaal Tuchtcollege 's-Gravenhage 29 maart 2000.

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 7 juni 2001, zaaknr. 2000.113, bevestiging van Regionaal Tuchtcollege 's-Gravenhage 2 februari 2000.

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 5 april 2005, zaaknr. 2004.116, hervorming van Regionaal Tuchtcollege Groningen 29 maart 2004, zaaknr. V2003/01.

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 28 juni 2005, zaaknr. 2004.151, hervorming Regionaal Tuchtcollege 's-Gravenhage 11 mei 2004, zaaknr. 2003 H 3.

Regionaal Tuchtcollege Groningen 19 maart 2007, zaaknr. V2005/01.

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 9 november 2006, zaaknr. 2005.250, hervorming van Regionaal Tuchtcollege Zwolle 13 oktober 2005, zaaknr. 120/04Vlk.

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 2 november 2006, zaaknr. 2005.272, hervorming van Regionaal Tuchtcollege Eindhoven 4 augustus 2005, zaaknr. 03119b.

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 20 maart 2007, zaaknr. 2006.236 en 2006.275, bevestiging van Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 11 juli 2006, zaaknr. 05/048V en 05/094V.

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 27 mei 2008, zaaknr. 2007.100, bevestiging van Regionaal Tuchtcollege Eindhoven 15 januari 2007, zaaknr. 06291.

Regionaal Tuchtcollege Eindhoven 5 november 2008, zaaknr. 07171a en 07171b.

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 24 juni 2008, zaaknr. 2007.283, hervorming van Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 3 juli 2007, zaaknr. 06/228V.

Regionaal Tuchtcollege 's-Gravenhage 1 december 2009, zaaknr. 2008 T 21.

Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Eindhoven 2 december 2009, zaaknr. 08147a en 08147b.

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 10 november 2009, zaaknr. 2008.256, bevestiging van Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 22 april 2008, zaaknr. 07/085V.

Regionaal Tuchtcollege Den Haag 1 december 2009, zaaknr. 2008 o 032B.

Regionaal Tuchtcollege Den Haag 6 juli 2010, zaaknr. 2008 o 032A, ECLI:NL:TGZRSGR:2010:YG0409.

Regionaal Tuchtcollege 's-Gravenhage 1 december 2009, zaaknr. 2008 T 072.

Regionaal Tuchtcollege Eindhoven 29 juli 2009, zaaknr. 0906.

Regionaal Tuchtcollege 's-Gravenhage 1 december 2009, zaaknr. 2009 o 042.

Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 16 december 2008, zaaknr. 07/087V.

Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 22 april 2008, zaaknr. 07/262V.

Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 13 januari 2009, zaaknr. 08/110V.

Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 5 januari 1999, zaaknr. 98/056V.

Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 9 maart 1999, zaaknr. 98/080V, 98/082V.

Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 5 januari 1999, zaaknr. 98/153V en 98/154V.

Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam 26 oktober 1999, zaaknr. 98/311V.

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 5 december 2002, zaaknr. 2001/163, hervorming van Regionaal Tuchtcollege Eindhoven 2 april 2001, zaaknr. 0078.

2.6. Franse rechtspraak (2^{de} helft 20^{ste} eeuw-1^{ste} helft 21^{ste} eeuw): 111 dossiers

Parijs 10 april 2015, rolnr. 14/05108.

Rb. Aubervilliers 19 december 2013, rolnr. 1113000183.

Bordeaux 14 januari 2015, rolnr. 13/01303.

Rb. Angoulême 7 februari 2013, rolnr. 10/01541.

Cass. 18 april 2013.

Bordeaux 13 november 2011.

Rb. Angoulême 12 maart 2009, rolnr. 10/01541.

Cass. 21 oktober 2014, N° 13-84461.

Nancy 10 april 2013.

Cass. 21 oktober 2014, N° 13-86.057.

Aix-en-Provence 10 juni 2003.

Cass. 10 september 2014, N° 13-23.638.

Versailles 27 juni 2013, rolnr. 10/05833.

Rb. Nanterre 2 juli 2010, rolnr. 09/1330.

Riom 2 juli 2014, rolno. 09/02942.
Rb. Clermont Ferrand 2 december 2009.

Cass. 24 juni 2014, N° 13-84.542.
Parijs 29 mei 2013.

Versailles 19 juni 2014, rolno. 14/00196.
Rb. Pointoise 11 maart 2014.
Cass. 18 juni 2014, N° 13-16.266.
Bordeaux 6 februari 2013, rolno. 11/02437.
Cassatie 17 februari 2011, N° 10-10449 en 10-10670.
Pau 15 september 2009.
Rb. Pau 24 mei 2006.
Corr. Pau 28 januari 2002.

Lyon 15 april 2014, rolno. 13/07244.
Cass. 16 mei 2013.
Dijon 11 april 2012.
Cass. 28 april 2011.
Bordeaux 4 februari 2010.
Rb. Besançon 20 december 2005, rolno. 2001/1157.

Grenoble 14 april 2014, rolno. 12/02077.
Rb. Grenoble 23 februari 2012, rolno. 08/02267.

Parijs 11 april 2014, rolno. 13/00854
Rb. Créteil 23 oktober 2012, rolno. 10/06704.

Aix-en-Provence 20 februari 2014, rolno. 12/12300.
Rb. Marseille 19 april 2012, rolno. 11/01438.

Cass. 27 november 2013, N° 12-26007.
Nîmes 22 mei 2012.

Aix-en-Provence 20 november 2013, rolno. 2013/00464.
Rb. Nice 7 november 2011, rolno. 10/3321.
Cassatie 22 mei 2013, N° 12-82734.
Versailles 15 februari 2012.
Cassatie 15 juni 2010, N° 09-84081 en 11 januari 2011, N° 10-80449.
Versailles 28 mei 2009 en 16 december 2009.

Saint-Denis-de-la-Réunion 17 mei 2013, rolnr. 12/00942.
Rb. Saint-Denis 18 april 2012, rolnr. 09/04777.

Bordeaux [hangend]
Cass. 13 november 2014, N° 13-22702.
Toulouse 4 maart 2013, rolnr. 12/00626.
Rb. Toulouse 7 februari 2012, rolnr. 07/03675.

Versailles 17 januari 2013, rolnr. 10/00248.
Rb. Pontoise 15 december 2009, rolnr. 06/09479.

Cassatie 16 januari 2013, N° 12-15452.
Parijs 27 januari 2012.

Metz 15 januari 2013, rolnr. 11/01890 en 12/00692.
Rb. Metz 24 maart 2011.

Versailles 20 november 2013, rolnr. 13/00971.
Cass. 15 januari 2013, N° 11-87684.
Versailles 27 september 2011.
Rb. Pontoise 27 januari 2011.

Grenoble [hangend]
Cass. 13 december 2012, N° 11-27347.
Lyon 13 september 2011.

Nancy 26 november 2012, rolnr. 10/00972.
Rb. Epinal 4 maart 2010, rolnr. 04/02433.
Colmar 23 juni 2004.
Cass. 26 maart 2002, N° 01-83416.
Nancy 29 maart 2001.
Corr. Epinal 4 juli 2000.

Cass. 16 mei 2012, N° 11-83834 en 2 mei 2012, N° 11-84017.
Aix-en-Provence 11 april 2011.

Cass. 4 mei 2012, N° 11-13.998.
Nancy 13 januari 2011, rolnr. 03/00130 en 03/00371.
Rb. Nancy 16 december 2002.

Cass. 4 mei 2012, N° 11-17022.
Parijs 25 februari 2011.

Cass. 2 mei 2012, N° 11-86573.
KI Chambéry 1 juni 2011.

Cass. 7 februari 2012, N° 11-80820.
Reims 2 december 2010.

Versailles 25 januari 2012, rolno. 11/01185.
Rb. Pontoise 8 februari 2011, rolno. 10/1044.

Cass. 13 december 2011, N° 11-82313.
Aix-en-Provence 24 januari 2011.

Basse-Terre 12 december 2011, rolno. 08/00864.
Cass. 27 juni 2006, N° 05-10819.
Fort-de-France 28 juni 2002.
Cass. 16 februari 2000.
Basse-Terre 16 december 1996.
Rb. Pointe à Pitre 15 september 1994.

Cass. 24 november 2011, N° 09-73.059.
Bordeaux 26 oktober 2009, rolno. 08/00538.
Rb. Bordeaux 28 januari 2008.
Corr. Bordeaux 26 juli 2002.

Cass. 24 november 2011, N° 10-26.549.
Rouen 27 mei 2009, rolno. 08/01374 (Commissie vergoeding slachtoffers).
Rb. Rouen 25 januari 2008 (Commissie vergoeding slachtoffers).
Adm. Nancy 15 juni 2008.
Adm. Rb. Châlons en Champagne 16 maart 2004.
Corr. Châlons en Champagne 7 maart 2001.
Cass. 4 oktober 2011, N° 11-80.195.
KI Angers 24 november 2010.

Toulouse 4 april 2011, rolno. 09/06345.
Rb. Montauban 24 november 2009, rolno. 08/03077.

Lyon 4 oktober 2011, rolno. 11/00814.
Cass. 9 december 2010, N° 09-70356.
Aix-en-Provence 17 juni 2009.
Rb. Marseille 22 februari 2007

Aix-en-Provence 29 juni 2011, rolno. 08/01708.
Rb. Marseille 11 mei 2006, rolno. 04/8897.

Limoges [hangend].
Cass. 26 september 2012, N° 11-19284.
Poitiers 23 mars 2011, rolno. 07/00912.
Rb. La Roche sur Yon 19 december 2006.

Cass. 15 november 2010, N° 09-70494.
Nancy 15 juni 2009, rolno. 03/01417, n° 04/03536.

Cass. 3 november 2010, N° 08-87375.
Versailles 15 september 2009.

Cass. 14 oktober 2010, N° 09-16085 en 09-17035.
Nîmes 12 mei 2009, rolno. 08/03871.
Rb. Carpentras 13 september 2005.

Cass. 15 april 2010, N° 08-21611.
Aix-en-Provence 15 oktober 2008, rolno. 06/11079.
Rb. Toulon 23 maart 2006, rolno. 06/321.

Bordeaux 17 februari 2010, rolno. 08/01030.
Rb. Angoulême 20 december 2007, rolno. 04/2944.

Cass. 28 januari 2010, N° 08-20755 en 08-21692.
Angers 17 september 2008, rolno. 05/1956.
Rb. Mans 21 juni 2005, rolno. 02/02109.

Cass. 17 december 2009, N° 08-21878.
Nîmes 30 september 2008.
Nancy 7 december 2009 en 6 april 2010, rolno. 06/01369.
Cass. 7 februari 2006, N° 04-13.583.
Reims 26 januari 2004, rolno. 01/01397.
Rb. Charleville Mezières 18 mei 2001, rolno. 113/2001.

Cass. 5 november 2009, N° 08-17104.
Aix-en-Provence 19 december 2007, rolno. 06/08798.
Rb. Marseille 23 maart 2006.

Metz 24 september 2009, rolno. 07/00780.
Rb. Metz 10 januari 2007.

Aix-en-Provence 24 juni 2009, rolno. 07/08710.
Rb. Aix-en-Provence 26 maart 2007, rolno. 05/04608.

Aix-en-Provence 11 maart 2009, rolno. 07/17381.
Rb. Toulon 27 september 2007, rolno. 06/01565.

Cass. 27 januari 2009, N° 08-83526.
Bordeaux 10 april 2008, rolno. 07/00968.

Bordeaux 5 januari 2009, rolno. 07/04848.
Rb. Bordeaux 25 juni 2003, rolno. 07/01017.

Cass. 13 november 2008, N° 07-15049.
Orléans 12 maart 2007.

Versailles 13 november 2008, rolno. 07/00628.
Rb. Versailles 14 december 2006, rolno. 05/11225.

Aix-en-Provence 5 november 2008, rolno. 07/05915
Rb. Aix-en-Provence 22 januari 2007, rolno. 05/06369.

Versailles 26 juni 2008, rolno. 07/04149.
Rb. Pontoise 15 mei 2007, rolno. 04/8962.

Versailles 29 mei 2008, rolno. 06/05948.
Rb. Versailles 15 juni 2006, rolno. 03/07109.
Parijs 23 mei 2008, rolno. 05/23798.
Rb. Parijs 20 september 2005, rolno. 01/13742.

Cass. 15 april 2008, N° 07-84323.
Bordeaux 31 mei 2007.

Cass. 22 januari 2008, N° 07-81702.
Fort-de-France 15 februari 2007.

Reims 17 december 2007, rolno. 06/02384.
Rb. Troyes 5 juli 2006.

Versailles 29 november 2007, rolno. 04/02434.
Rb. Nanterre 16 januari 2004, rolno. 00/6853.

Reims 19 november 2007, rolno. 06/02761.
Rb. Reims 17 oktober 2006.

Cass. 31 mei 2007, N° 03-19365.
Parijs 19 juni 2003.

Cass. 13 februari 2007, N° 06-82264.
Versailles 23 februari 2006.
Corr. Versailles 13 december 2004.

Versailles 19 januari 2007, rolno. 03/08089.
Rb. Pontoise 7 oktober 2003, rolno. 50/7399.

Grenoble 5 september 2006, rolno. 01/04535.
Cass. 9 oktober 2001, N° 00-14564.
Lyon 10 februari 2000.

Montpellier 19 september 2006, rolno. 05/03420.
Rb. Perpignan 9 mei 2005, rolno. 04/4069.

Cass. 7 februari 2006, N° 04-17056.
Dijon 18 mei 2004.

Nancy 30 augustus 2010, rolno. 06/00131, 06/00154, 06/2507 en 06/2564.
Cass. 13 december 2005, N° 03-12364.
Reims 8 januari 2003.
Rb. Reims 16 januari 2001.

Cass. 9 november 2004, N° 01-16739 en 01-17168.
Parijs 16 mei 2001.

Rennes 14 oktober 2004, rol.nr. 04/00435.
Corr. Rennes 3 juli 2003.

Cass. 12 oktober 2004, N° 02-14692.
Parijs 24 januari 2002.

Cass. 29 juni 2004, N° 02-20086.
Agen 24 oktober 2001, rol.nr. 99/01848.
Rb. Agen 7 december 1999.

Cass. 29 juni 2004, N° 02-17723.
Reims 12 september 2001.
Cass. 4 mei 2004, N° 03-86175.
Angers 2 september 2003.

Rennes 29 januari 2004, rol.nr. 03/00785.
Corr. Rennes 17 december 2002.

Versailles 28 september 2005, rol.nr. 04/02542.
Cass. 27 januari 2004, N° 01-13888.
Parijs 17 mei 2001.
Rb. Parijs 2 november 1998.

Cass. 27 januari 2004, N° 01-13499.
Versailles 18 mei 2001.

Cass. 29 oktober 2002, N° 00-22684.
Parijs 13 oktober 2000.

Cass. 10 juli 2002, N° 01-10039.
Pau 21 december 2000.

Cass. 20 januari 2011, N° 09-68.042.
Aix-en-Provence 8 april 2009, rol.nr. 07/07976.
Rb. Marseille 12 april 2007, rol.nr. 05/03761.

Cass. 7 november 2000, N° 99-10061 en 99-10062.
Aix-en-Provence 27 oktober 1998.

Cass. 20 juni 2000, N° 98-21283.
Rennes 1 juli 1998.

Cass. 26 januari 2000, N° 99-81770.
Saint-Denis de la Réunion 25 februari 1999.

Cass. 30 juni 1999, N° 97-82351.
Lyon 13 maart 1997.

Cass. 15 juni 1999, N° 98-85325.
Rennes 4 juni 1998.

Cass. 14 oktober 1998, N° 97-84648.
Fort-de-France (Cayenne) 23 juni 1997.

Cass. 7 juli 1998, N° 97-10869.
Bordeaux 25 november 1996.

Cass. 27 mei 1998, N° 96-19161.
Toulouse 3 juni 1996.
Rb. Toulouse 13 januari 1994.
Versailles 22 juni 1998, rolnr. 1995-5166.
Rb. Versailles 11 april 1995.

Cass. 5 november 1997, N ° 96-84.524.
Versailles 28 juni 1996.

Cass. 30 september 1997, N° 95-17286.
Rennes 9 mei 1995.
Rb. Brest 17 december 1992.

Parijs 24 oktober 1997, rolnr. 96-10736.
Rb. Parijs 4 december 1995.

Cass. 26 maart 1996, N° 94-10951.
Bordeaux 11 januari 1993.

Cass. 28 februari 1996, N° 95-81216.
Chambéry 19 januari 1995.

Cass. 30 oktober 1995, N° 93-20544, 93-20579 en 93-20786.
Besançon 14 september 1993.

Corr. Saintes 26 oktober 1995, http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/reseaux/PACA/Marseille/reseau_perinat_sud/journee/RPS_30juin2006_Decroix.pdf; G. DECROIX, “Réseau de soins et responsabilité en obstétrique”, *Réseau Périnatal-Sud* 2006.

Cass. 30 november 1994, N° 94-81093.
KI Aix-en-Provence 13 januari 1994.
Rk. Marseille 22 maart 1993.

Versailles 8 juli 1993, http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/reseaux/PACA/Marseille/reseau_perinat_sud/journee/RPS_30juin2006_Decroix.pdf; G. DECROIX, “Réseau de soins et responsabilité en obstétrique”, *Réseau Périnatal-Sud* 2006.

Cass. 8 juni 1994, N° 92-19.887 en 92-20.037.
Bordeaux 2 juli 1992, rolnr. 170/90.
Rb. Bordeaux 28 november 1989.

Corr. Colmar 5 juli 1991, http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/reseaux/PACA/Marseille/reseau_perinat_sud/journee/RPS_30juin2006_Decroix.pdf; G. DECROIX, “Réseau de soins et responsabilité en obstétrique”, *Réseau Périnatal-Sud* 2006.

Cass. 18 januari 1989, N° 87-11875.
Lyon 2 juli 1986.

Cass. 21 maart 1989, N° 87-80545.
Metz 7 januari 1987.
Cass. 20 december 1988, N° 87-10327.
Rennes 5 november 1986.

Cass. 24 november 1987, N° 85-13993.
Versailles 21 februari 1985.

Cass. 30 juni 1987, N° 85-91736.
Metz 27 februari 1985.

Cass. 27 novembre 1984, N° 83-94.889.
Douai 3 november 1983.

Cass. 13 december 1983, N° 80-93708.
Parijs 4 juli 1980.

Cass. 1 juni 1976, N° 75-11611 en 75-11976.
Orléans 9 januari 1975.

Cass. 28 oktober 1971, N° 70-90750.
Douai 12 februari 1970.

2.7. Franse rechtspraak (19^{de} eeuw-1^{ste} helft 20^{ste} eeuw)

Lyon 11 mei 1951, *D* 1951, Som. 81.

Cass. 12 december 1946, *D* 1947, 94.
Alger 28 mei 1946.

Poitiers 16 augustus 1940, *DA* 1941, 58 en *DC* 1941, 78.

Cass. 7 december 1933, *DH* 1934, 23.

Corr. Telgruc s.d. 1909, *Articles de la presse ancienne* 1909, afl. 1415.

Corr. Châteaulin 28 februari 1895, *Articles de la presse ancienne* 1895, afl. 474.

Parijs 16 december 1891, *DP* 93.2.400.

Cass. 28 mei 1891, *DP* 92.1.195.
Chambéry 8 januari 1891.
KI Besançon 20 februari 1888, *DP* 88.2.235.

KI Toulouse 13 januari 1881, *DP* 81.2.84.

Cass. 7 februari 1873, *DP* 74.2.69.
Rk. Saint-Marcellin 26 december 1872.
Cass. 23 november 1872, *DP* 72.1.430.

Cass. 10 december 1868, *DP* 70.5.36.

Metz 13 november 1867, *DP* 67.2.242.

Corr. Sarreguemines 20 augustus 1867.

Metz 27 december 1865, *DP* 66.2.33.

Corr. Thionville 21 november 1865, *DP* 66.2.33.

Cass. 3 maart 1864, *DP* 64.1.406.

Cass. 26 juli 1860, *DP* 60.1.470.

Cass. 1 december 1860, *DP* 61.1.190.

Cass. 7 oktober 1858, *DP* 58.1.474.

Cass. 24 juni 1858, *DP* 58.1.428.

Cass. 16 juni 1855, *DP* 55.5.47.

Cass. 31 januari 1854, *DP* 54.5.69.

Cass. 20 januari 1853, *DP* 53.1.72.

Assisen de la Somme 22 april 1852, *DP* 52.5.52.

Cass. 29 januari 1852, *DP* 52.5.52.

Orléans 30 december 1850, *DP* 51.2.8.

Cass. 9 januari 1847, *DP* 47.1.96.

Cass. 9 juni 1836, *Pand. f.*, v° Médecine, nr. 68.

Orléans 20 maart 1836.

Cass. 28 februari 1835, *Pand. f.*, v° Médecine, nr. 69.

Cass. 20 februari 1834, *Pand. f.*, v° Médecine, nr. 70.

Corr. Riom 20 december 1833.

Grenoble 13 augustus 1828, *Pand. f.*, v° Médecine, nr. 68.

Cass. 6 juli 1827, *Pand. f.*, v° Médecine, nr. 69.

Corr. Saintes 22 juni 1826.

Cass. 16 oktober 1817, 30 januari 1823, 17 maart 1827 en 13 april 1830, *BJ* 1849, 1009-1015.

Cass. 18 september 1817, *Pand. f.*, v° Médecine, nr. 72.

2.2. Franse tuchtrechtspraak (1^{ste} helft 21^{ste} eeuw): 14 dossiers

Conseil d' État 27 februari 2015, N° 376387, ECLI:FR:CESJS:2015:376387.20150227, voorziening tegen Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des sages-femmes 27 januari 2014, n° 21-01, hervorming van Chambre disciplinaire de première instance du conseil interrégional de l'ordre des sages-femmes du secteur IV 28 maart 2013, n° 12004 en 12005.

Conseil d' État 24 september 2010, N° 341548, op doorverwijzing van Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des sages-femmes 13 juli 2010, hoger beroep tegen Chambre disciplinaire de première instance du conseil interrégional de l'ordre des sages-femmes du secteur IV 27 oktober 2009.

Conseil d' État 30 september 2005, N° 269935, partiële cassatie van Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des sages-femmes 11 mei 2004.

Conseil d'État 16 januari 2015, N° 387023, ECLI:FR:CEORD:2015:387023.20150116 en 23 april 2014, N° 377779, ECLI:FR:CEORD:2014:377779.20140423, voorziening tegen Conseil national de l'ordre des sages-femmes 1 april 2014, zaaknr. 14-02, vernietiging van Conseil interrégional de l'ordre des sages-femmes du secteur I 18 december 2013, zaaknr. A-2013-03, hervorming van Conseil départemental de l'ordre des sages-femmes de la ville de Paris 19 november 2013.

Conseil d' État 23 oktober 2013, N° 372286, ECLI:FR:CEORD:2013:372286.20131023, voorziening tegen Conseil national de l'ordre des sages-femmes 18 december 2012, zaaknr. 03-12, bevestiging van Conseil interrégional de l'ordre des sages-femmes du secteur I 6 september 2012, bevestiging van Conseil départemental de l'ordre des sages-femmes de la ville de Paris 1 februari 2011.

Conseil d' Etat 1 oktober 2004, N° 255916, voorziening tegen Conseil national de l'ordre des sages-femmes 28 januari 2003.

Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins 26 mei 2014, zaaknr. 11854, bevestiging van Chambre disciplinaire de première instance Midi-Pyrénées 14 december 2012, zaaknr. 1204.

Conseil d'État 13 februari 2013, N° 351835cdn, voorziening tegen Chambre disciplinaire nationale 10 juni 2011, zaaknr. 11014, bevestiging van Chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des médecins de Midi-Pyrénées 7 juli 2010.

Chambre disciplinaire nationale 7 januari 2013, zaaknr. 11292, hervorming van Chambre disciplinaire de première instance Languedoc-Roussillon 28 maart 2011.

Chambre disciplinaire nationale 7 april 2006, zaaknr. 9259, bevestiging van Chambre disciplinaire de première instance Pays de la Loire 16 juni 2005.

Chambre disciplinaire nationale 7 april 2006, zaaknr. 9257 en 9256.

Chambre disciplinaire nationale 24 oktober 2005, zaaknr. 9172, bevestiging van Chambre disciplinaire de première instance Provence-Alpes-Côte d'Azur 8 april 2005, na Corr. Nice 28 april 2003.

Chambre disciplinaire nationale 24 oktober 2001, zaaknr. 7666.

Chambre disciplinaire nationale 3 december 1996, zaaknr. 5468.

3. RECHTSLEER

3.1. Wetenschappelijke literatuur

ANDREASEN, S., BACKE, B., LYDERSEN, S., ØVREBØ, K. en ØIANB, P., “The consistency of experts’ evaluation of obstetric claims for compensation”, *BJOG* 2015, afl. 122, 948-953.

ASSER, W.D.H., *Bewijslastverdeling*, Deventer, Kluwer, 2004, 303 p.

AYNES, L., “Préjudice de l'enfant né handicapé: la plainte de Job devant la Cour de Cassation”, *Dalloz* 2001, 492.

AYRES-DE-CAMPOS, D. en ARULKUMARAN, S. voor FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel, “FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Introduction”, *IJGO* 2015, 3-4.

BAIS, J.M.J., *Risk selection and detection: a critical appraisal of the Dutch obstetric system*, onuitg. masterproef Medische wetenschappen Universiteit Amsterdam, 2004, 200 p.

BALTHAZAR, T., “Het spanningsveld tussen het recht op informatie van de patiënt, het recht op verdediging van de zorgverlener, de leiding van het verweer door de verzekeraar en optimale communicatie na een ongeval in de gezondheidszorg” in M. EGGERMONT (ed.), *Verloskunde in beweging II: de do's en don'ts in het voorkomen van aansprakelijkheid*, Antwerpen, Intersentia, 2014, 201-232.

BALTHAZAR, T., “Wie zijn de huidige beoefenaars van de verloskunde” in M. EGGERMONT (ed.), *Verloskunde in beweging I: de relatie patiënt-zorgverlener in juridisch perspectief*, Brugge, die Keure, 2013, 15-22.

BARON, W., *Het belang en de welvaart van alle ingezetenen: gezondheidszorg in de stad Groningen 1800-1870*, Assen, Uitgeverij Van Gorcum, 2006, 581 p.

BEAUVALET-BOUTOUYRIE, S., *Naître à l'hôpital au XIX^e siècle*, Parijs, Belin, 1999, 432 p.

BEERSMANS, S., *Is er nog toekomst voor bevallingen in de huisartsgeneeskunde?*, onuitg. masterproef Geneeskunde Universiteit Antwerpen, 2009.

BERTHIAU, D., “La faute dans l'exercice médical depuis la loi du 4 mars 2002”, *RDSS* 2007, 772-779.

BEYENS, B., *Van zelfstandig verloskundige tot assistente van de gynaecoloog : de evolutie in het beroep van de Vlaamse vroedvrouw tijdens het interbellum*, onuitg. licentiescriptie Letteren en Wijsbegeerte Universiteit Gent, 1999, 171 p.

A. BIDON, *Les sages-femmes au Moyen-Age (3) Auxiliaires de justice au pouvoir redoutable*, 2001, 7, <http://www.neonatology.org/pdf/french.history.pdf>.

BINNEVELD, J.M.W., “Ziekte en gezondheid in historisch perspectief”, *Tijdschrift voor sociale geschiedenis*, 1982, afl. 26, 94-111.

BOUGHRIET, N., *Essai sur un paradigme d'alliance constructive entre droit et médecine : L'accès du médecin à la connaissance juridique*, Rijsel, Universiteit Lille 2 – Droit et Santé, onuitg. doctoraat, 2013, 720 p.

BOGAERTS, A., GEERDENS, L. en GOORIS, F., *Vroedkunde. Normale baring en kraambed*, Antwerpen, Garant Uitgevers, 2009, 490 p.

BOGDANOVIC, G., BABOVIC, A., RIZVANOVIC, M., LJUCA, D., GRGIC, G. en DJURANOVIC-MILICIC, J., “Cardiotocography in the prognosis of perinatal uitkomst”, *Med Arch* 2014, 102-105.

BOISRAME, T., SANANES, N., FRIT, G., BOUDIER, E., AISSI, G., FAVRE, R. en LANGER, B., “Placental abruption: risk factors, management and maternal-fetal prognosis. Cohort study over 10 years”, *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014, 100-104.

BOURNE, T., WYNANTS, L., PETERS, M., VAN AUDENHOVE, C., TIMMERMAN, D., VAN CALSTER, B. en JALMBRANT, M., “The impact of complaints procedures on the welfare, health and clinical practise of 7926 doctors in the UK: a cross-sectional survey”, *BMJ Open* 2015, 5.

BRAECKMAN, W.L., “Johannes Conincks instructies voor vroedvrouwen uit de zestiende eeuw”, *Volkskunde*, 1987-88, afl. 2, 120-130.

BREMS, E. en STEVENS, L., *Recht en gender in België*, Brugge, Die Keure, 2011, 266 p.

BROECKX, N., “De juridische waarde van een erkenning van de aansprakelijkheid of van de fout van de verzekerde door de aansprakelijkheidsverzekeraar”, *T.Gez.* 2011-12, 5-17.

BRUN, P. en OLIVIER, G., “Responsabilité civile”, *D.* 2015, 124-135.

BRUN, P. en OLIVIER, G., “Responsabilité civile”, *D.* 2016, 35-46.

CANNON-BOWERS, J.A., SALAS, E. en CONVERSE, S.A, “Shared mental models in expert team decision making” in J.N.J. CASTELLAN (ed.), *Current issues in individual and group decision making*, Mahwah, Erlbaum, 1993, 221-246.

CARDON, L. en HEYLEN, R., “Rechten met betrekking tot de medische expertise” in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek gezondheidsrecht*, Volume II, Antwerpen, Intersentia, 2014, 735-815.

CARRIER, H., *Origines de la Maternité de Paris. Les Maîtresses Sage-femmes et L'office Des Accouchées de L'ancien Hôtel-Dieu*, 1378-1796, 1888, Parijs, Steinheil, 272 p.

CASSUTO, T., “Réflexions sur la pratique de la responsabilité médicale en matière pénale”, *AJ pénal* 2009, 337-339.

CAUFFMAN, C., *De verbindende eenzijdige belofte*, Antwerpen, Intersentia, 2005, 952 p.

CAYZERGUES, A., *La sage-femme face a ses responsabilités. Etude de la responsabilité des sages-femmes au regard de la jurisprudence et de la loi du 4/03/2002*, Saarbrücken, Omniscryptum, 2010, 88 p.

CHAMBERLAIN, G., *From witchcraft to wisdom: a history of obstetrics & gynecology in the British Isles*, Londen, RCOG press, 2007, 342 p.

CHAUSSIER, F., *Notice historique sur la vie et les écrits de Mme Lachapelle, décédée sage-femme en chef de la maison d'accouchement*, Parijs, Huzard, 1823, 22 p.

CHRISTIAENS, W. et al., “Trends in the medicalisation of childbirth in Flanders and the Netherlands”, *Midwifery* 2013, e3.

CHRISTIAENS, W. en BRACKE, P., “Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands”, *Midwifery* 2009, e12.

CHRISTIAENS, W. en BRACKE, P., “Vlaamse vrouwen zijn tevreden met verloskundige zorg”, *Hospitals.be* 2010, 14.

CLAEYS, I., “Samenhangende overeenkomsten en aansprakelijkheid naar Belgisch Recht” in J.M. SMITS en S. STIJNS (ed.) *Inhoud en werking van de overeenkomst naar Belgisch en Nederlands recht*, Antwerpen-Deventer, Intersentia, 2005, 449 p.

COLMORN, L.B., PETERSEN, K.B., M. JAKOBSSON et al., “The Nordic Obstetric Surveillance Study: a study of complete uterine rupture, abnormally invasive placenta, peripartum hysterectomy and severe blood loss at delivery”, *Acta Obstet Gynecol Scand* 2015, afl. 94, 734-744.

CONRAD, P., “Medicalization and social-control”, *Annual Review of sociology* 1992, 209-232.

COPPENS, H. en DE KOK, H., *Van zotten, kwakzalvers, chirurgijns, vroedvrouwen... Medische zorg in de Kempen vóór de medicalisering in Publicaties van het Centrum voor de studie van land en volk van de Kempen*, Brussel, Algemeen Rijksarchief, 1994, 110 p.

COULON-ARPIN, M., *La maternité et les sages-femmes, de la préhistoire au XXème siècle*, PariJs, Ed Roger Dacosta, 1982, Tome 2, 190 p.

DAELS, F., “Historiek van de internationale vroedvrouwencongressen”, *VGT*, 1932, afl. 9, 176-177.

DAELS, F., *Het Bakersboek*, Leuven-Brugge-Leiden, NV Vlaamsche boekenhalle, 1918, 157 p.

DAELS, F., *Voordrachten over verpleegkunde en sociale geneeskunde*, Antwerpen, De Sikkel, 1937, 133 p.

DAELS, F., *Beginnelsen van de praktische verloskunde*, Antwerpen, De Sikkel, 1942, 745 p.

DALCQ, R. en DALCQ, C., “Quelques réflexions sur l’immunité de l’agent d’exécution” in *Liber Amicorum Jean-Luc Fagnart*, Louvain-la-Neuve, Bruylant, 2008, 455-465.

DALCQ, R.O. en DALCQ, J., “Préjudice subi par un enfant qu’on a laissé en dépit du vœu de ses parents de recourir à un avortement si des séquelles d’une rubéole existaient”, *Journal des procès* 2000, 8-16.

DECALF, L., *Van een edele jonkvrouw naar een dolle Florence: verpleegkundigen en vroedvrouwen in Vlaanderen*, onuitg. licentiescriptie Letteren K.U. Leuven, 2000, 196 p.

DECLOEDT, W., “Overhandiging van medische gegevens op verzoek van een burgerlijke rechtbank” in L. WOSTYN, K. BOUCQUEY en F. SCHOCKAERT (eds.), *Overhandigen medische gegevens*, Gent, Academia Press, 2009, 47-55.

DEBAENE, M. en SOENS, P., *Aansprakelijkheidsrecht: actuele tendensen*, Brussel, Larcier, 2005, 252 p.

DEBAENST, B., *Een proces van bloed, zweet en tranen! Juridisering van arbeidsongevallen in de negentiende eeuw in België*, onuitg. doctoraat Rechten Universiteit Gent, 2010, 449 p.

DE BLESER, L. en BALDEWIJN, K., *Beleid, organisatie en kwaliteit in de gezondheidszorg*, Antwerpen, De Boeck, 2015, 279 p.

DECLERCQ, R., *Beginselen van strafrechtspleging*, Kluwer, Mechelen, 2014, 1892 p.

DECLERCQ, R., “Raakvlakken gerechtelijk privaatrecht-strafprocesrecht”, *TPR* 1980, 32-78.

DEFERME, J., *Uit de ketens van de vrijheid: het debat over de sociale politiek in België*, Leuven, Universitaire Pers Leuven, 2007, 510 p.

DEFOORT, P. en THIERY, M., “De vroedvrouwen” in J. DE MAEYER (ed.), *Er is leven voor de dood: tweehonderd jaar gezondheidszorg in Vlaanderen*, Kapellen, Pelckmans, 1998, 214-223.

DE GRAEVE, S., “Gefnuikte zelfstandigheid: vroedvrouwen en verpleegsters in de marge van de vrije beroepen” in L. VAN MOLLE en P. HEYRMAN (eds.), *Vrouwenzaken – zakenvrouwen: facetten van vrouwelijke zelfstandig ondernemerschap in Vlaanderen 1800-2000*, Gent, Provinciebestuur Oost-Vlaanderen, 2001, 139-155.

DE GRAEVE, S., *Professionele zorgverstrekking en gender: dienende liefde bij verpleegsters en vroedvrouwen 1907-1946*, onuitg. licentiaatscriptie Letteren K.U. Leuven, 1998, 180 p.

DE GROOT, E., *Een effectief tuchtrecht voor gezondheidszorgberoepen*, Gent, Larcier, 2013, 508 p.

DE KEYZER, D. en DANEELS, S., *De engeltjesmaaksters: abortus toen het niet mocht*, Leuven, Van Halewyck, 2009, 391 p.

DE KOSTER, K., *Toegang van de zelfstandige vroedvrouw tot de Vlaamse ziekenhuizen. In het kader van zelfstandig uitvoeren van bevallingen*, onuitg. masterproef Gezondheidswetenschappen Vrije Universiteit Brussel, 2011.

DELACOUX, A., “Lachapelle (Marie-Louise Dugès, veuve)”, in *Biographies des sages-femmes célèbres anciennes, modernes et contemporaines*, Parijs, Trinquart, 1833, 97-106.

DELAUNAY, P., *La Maternité de Paris: Port-Royal de Paris, Port-Libre, L'Hospice de la Maternité, L'École des sages-femmes et ses origines (1625-1907): notes & documents*, Parijs, Librairie médicale et scientifique Jules Rousset, 1909, 462 p.

DELBEKE, E., “De informatieplicht over de relevante risico’s van een medische ingreep: draagwijdte, determinerende factoren en gevolgen bij miskenning”, *T.Gez.* 2007-08, 355-369.

DELVA, A., *Vrouwengeneeskunde in Vlaanderen tijdens de late middeleeuwen*, Brugge, Genootschap voor Geschiedenis, 1983, 233 p.

DE MEYER, J.J., *Recherches historiques sur la pratique de l’art des accouchements à Bruges depuis le XIV^e siècle jusqu’à nos jours*, Brugge, De Pachtere, 1843, 56 p.

DEMEESTER, K., VERSPUY, M., MONSIEURS, K.G en VAN BOGAERT, P., “SBAR improves nurs-physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study”, *Resuscitation* 2013, 1192-1196.

DENOO, R., *Het (relatieve) gezag van het strafrechtelijk gewijsde ten aanzien van de (burgerlijke) rechter*, onuitg. masterproef Rechten Universiteit Gent, 2009, 155 p.

DERESE, M.-N., *La médiation dans les soins de santé: enjeux et perspectives*, Waterloo, Kluwer, 2013, 800 p.

DE RIDDER, M.J.J., “Kroniek rechtspraak civil recht”, *Ned.T.Gez.* 2013, 553-554.

DE RIDDER, M.J.J., “Kroniek rechtspraak civil recht”, *Ned.T.Gez.* 2008, 115.

DE SCHUITENEER, M., *Obiit in partus doloribus. Onderzoek naar de kraambedsterfte in Gent en omgeving in de 2de helft van de 18de eeuw*, onuitg. masterproef Letteren Universiteit Gent, 2009, 128 p.

DEVANE, D. en LALOR, J.G., “A randomised-controlled trial evaluating a fetal monitoring education programme”, *Midwifery* 2006, 296-307.

DE VEIRMAN, S., *Oost-Vlaamse vroedvrouw in het Ancien Regime en begin 19^{de} eeuw. Een levensloopenanalyse van 32 vroedvrouwen uit het Land Van Aalst*, onuitg. licentiaatscriptie Letteren en Wijsbegeerte Universiteit Gent, 2009, 204 p.

DE VEIRMAN, S., “Van gevaarlijke tot ‘vroede’ vrouwen’. Oost-Vlaamse vroedvrouwen in de achttiende en begin negentiende eeuw”, *Handelingen van de maatschappij voor geschiedenis en oudheidkunde van Gent* 2011, 177-203.

DEVOS, I., *Allemaal beestjes: mortaliteit en morbiditeit in Vlaanderen, 18de-20ste eeuw*, Gent, Academia press, 2006, 262 p.

DE VRIES, R., *A pleasing birth. Midwives and maternity care in the Netherlands*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2005, 275 p.

D'HAESE, R., “De verplichting van de arts tot het verstrekken van afdoende informatie omtrent de risico's”, *TBBR* 2012, 313-316.

DIERICKX, A., BUELENS, J. en VIJVERMAN, A., “Het recht op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, het medisch beroepsgeheim en de verwerking van persoonsgegevens”, in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek gezondheidsrecht*, Volume II, Antwerpen, Intersentia, 2014, 583-701.

DIERICKX, A., “Over de (putatieve noodtoestand), *NC* 2007, 395-403.

DIJKHUIS, H.J. en HARTGERINK, M.J., *Rapport over de positie van de vroedvrouw in Nederland*, 's-Gravenhage, 's-Gravenhage Staatsuitgeverij, 1963, 137 p.

DONNISON, J., *Midwives and medical men. A history of interprofessional rivalries and women's rights*, Londen, Heinemann, 1977, 250 p.

DRAN. C., *La responsabilité pour faute des professionnels de santé, Spécificités de la sage-femme*, onuitg. masterproef Rechten Université Paris-Sud, 2013, 94 p.

DREIFUSS-NETTER, F., “Observations hétérodoxes sur la question du préjudice de l'enfant victime d'un handicap congénital non décelé pendant la grossesse”, *Méd et Droit* 2001, afl. 46, 1-6.

DUCHEYNE, F., *Abortus en anti conceptie in het interbellum : een verkenning*, onuitg. licentiaatscriptie Letteren en Wijsbegeerte Universiteit Gent, 1986, 293 p.

DUIJST, W.L.J.M, *Gezondheidsrecht en strafrecht*, Deventer, Kluwer, 2009, 227 p.

DUPUIS, C., NAAKTGEBOREN, D. en NOORDAM, J., *Een kind onder het hart: verloskunde, volksgeloof, gezin, seksualiteit en moraal vroeger en nu*, Amsterdam, Meulenhoff, 1987, 212 p.

EGGERMONT, M., “Arts versus vroedvrouw: wie is aansprakelijk bij medische onzorgvuldigheden binnen de verloskunde”, in M. EGGERMONT (ed.), *Verloskunde in beweging: de relatie patiënt-zorgverlener in juridisch perspectief*, Brugge, Die Keure, 2013, 61-103.

EGGERMONT, M., “De vroedvrouw en de gynaecoloog voor de rechter in België, Nederland en Frankrijk”, in M. EGGERMONT (ed.), *Verloskunde in beweging II: de do's en don'ts in het voorkomen van aansprakelijkheid*, Antwerpen, Intersentia, 2014, 53-108.

EGGERMONT, M. “De juridische waarde van richtlijnen voor kwaliteitsvolle zorg bij de beoordeling van de aansprakelijkheid van de zorgverlener”, *TvG* 2016, 1101-1107.

EHRENREICH, B., en ENGLISCH D., *Witches, midwives and nurses: a history of women healers in Glass Mountain pamphlet*, Londen, Feminist Press, 1974, 45 p.

ELSASSERA, D.A., ANANTHA, C.V., PRASADB, V. en VINTZILEOSC, A.M., “Diagnosis of placental abruption: relationship between clinical and histopathological findings”, *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010, 125-130.

EMONS, J.K., en LUITEN, M.I.J., i.s.m. European Midwives Liaison Committee, *Midwifery in Europe. An Inventory in Fifteen EU Member States*, Leusden, Deloitte&Touche, 2001, 168 p.

ENGELS, J., *De evolutie van de verplichte ziekte-en invaliditeitsverzekering 1945-1970*, Brussel, RIZIV, 1970, 429 p.

ELAUT, L., *Voortgezet onderwijs voor vroedvrouwen in de kastelenij van Aalst op het einde van de 18e eeuw*, Aalst, De aankondiger, 1956, 29 p.

FAGNART, J.L., “La sage-femme face à ses responsabilités”, in G. GENICOT (ed.), *Nouveaux dialogues en droit médical*, Luik, Anthemis, 2012, 107-129.

FAGNART, J.-L., “Information du patient et responsabilité du médecin” in E. THIRY (ed.), *Actualités de droit médical*, Brussel, Bruylant, 2006, 51-97.

FEINMANN, J., “You can say sorry”, *BMJ* 2009, afl. 339, 482-483.

FEISSER, J.E., “Vroedvrouw en zuigelingenverzorging”, *Ned.TvG* 1921, 343-345.

FITZPATRICK, E.F., KURINCZUK, J.J., ALFIREVIC, Z. et al., “Uterine Rupture by Intended Mode of Delivery in the UK: A National Case-Control Study”, *PLoS Med* 2012, 9 (3).

FORBES, T., *The midwife and the witch*, New Haven, Yale University press, 1966, 196 p.

FRIJHOFF, W., “Medische beroepen en verzorgingspatroon in de Franse tijd: een dwarsdoorsnede”, *Tsch.Gcsch.Gnk.Natuurw.Wisk.Techn* 1985, afl. 8., 92-122.

GEENS, K., “Vrij beroep en medediging: deontologie is een remedie tegen, tucht dikwijls een gevolg van markfalen”, *TPR* 2004, 283-296.

GENICOT, G., *Droit médical et biomédical*, Brussel, Larcier, 2010, 864 p.

GELIS, J., *La sage-femme ou le médecin: une nouvelle conception de la vie*, Parijs, Fayard, 1988, 560 p.

GELIS, J., *De boom en de vrucht: zwangerschap en bevalling voor de medicalisering*, Nijmegen, SUN, 1987, 351 p.

GELIS, J., *L'arbre et le fruit: la naissance dans l'Occident moderne. 16-19ième siècle*, Parijs, Fayard, 1984.

GEVERS, J.K.M., LEENEN, H.J.J., DUTE, J.C.J. en KASTELEIN, W.R., *Handboek Gezondheidsrecht Deel II: Gezondheidszorg en Recht*, Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2008, 432 p.

GIARD, R.W.M., “Medische aansprakelijkheid als aansprekend recht”, *AV&S* 2006, 25.

GILLEIR, C., “Thuis bevallen in Vlaanderen: een kwestie van reflexiviteit”, *Tijdschrift voor sociologie* 2007, 50-51.

GIBAUT, C., SOUTOUL, J. H. en SEGUIN, C., *La sage-femme face aux juges*, Parijs, Elipses Marketing, 1998, 190 p.

GLANSDORFF, F., “Noot onder Cass. 25 juni 2015”, *RGAR* 2015, nr. 15.219.

GOEDERTIER, D., *De Vlaamse Burgerij: vroedvrouw en doodgraver van het Belgische fordisme*, onuitg. licentiaatscriptie Letteren en wijsbegeerte Universiteit Gent, 2009, 249 p.

GOFFIN, T., *De professionele autonomie van de arts. De rechtspositie van de arts in de arts-patiëntrelatie*, Brugge, Die Keure, 2011, 494 p.

GOMBERT, N., “Ons onderzoek over den toestand der vroedvrouwen in Vlaams België”, *Vroedvrouwentijdschrift*, 1912, XI-XII.

GOORIS, F. en HINGSTMAN, L., “De rol en de positie van vroedvrouwen in België en Nederland”, *Gezondheid en samenleving*, 1985, afl. 4, 278-285.

GRYSON, S., *De vroedvrouw en de achterwaarderster. Concurrentie of samenwerking inzake geboortepraktijken in Oost- en West-Vlaanderen in de 19de eeuw*, onuitg. licentiescriptie Letteren en Wijsbegeerte Universiteit Gent, 2009, 151 p.

GUILIANO, M., CLOSSET, E., THERBY, D., LEGOUEFF, F., DERUELLE, P. en SUBTIL, D., “Signs, symptoms and complications of complete and partial uterine ruptures during pregnancy and delivery”, *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014, 130-134.

HALBERTSMA, H.J., *Vroedkunde, vroedmeester, vroedvrouw*, Gent, Van Houcke, s.d, 30 p.

HAMILTON, P.M., *Verloskunde en kraamverpleegkunde*, Lochem, De Tijdstroom, 1982, 263 p.

HANSON, C., *A cultural history of pregnancy, Medicine and Culture, 1750-2000*, Palgrave Macmillan, Londen, 2004, 224 p.

HEIRBAUT, D., “De vrouwen(on)rechtsgeschiedenis van Napoleon tot vandaag: een verhaal van voortdurende vooruitgang?”, in E. BREMS en L. STEVENS (eds.), *Recht en gender in België*, Brugge, die Keure, 2011, 25-53.

HEHIR, M.P., REIDY, F.R., WILKINSON, M.N. en MAHONY, R., “Increasing rates of operative vaginal delivery across two decades: accompanying outcomes and instrument preferences”, *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2013, 40-43.

HELLINGS, J. en VLEUGELS, A., “Patiëntenveiligheid in het ziekenhuis. I. Context en begrippen”, *TvG* 2007, 743-750.

HENNION-JACQUET, P. “La responsabilité pénale du praticien: pénalisation ou dépenalisation de la faute médicale?”, *RDSS* 2015, 108-116.

HENRY, P. en DE COCQUEAU, B., “À propos du consentement libre et éclairé du patient”, in Y.-H. LELEU (ed.), *Droit médical*, CUP, Brussel, Larcier, 2005, 161-226.

HERRERO, D. en BAELO-ALLUE, S., *Historiek van het technisch en beroepsonderwijs (1830-1990)*, Antwerpen, Garant, 2002, 117 p.

LONGO, D.R., HEWETT, J.F., GE, B. en SCHUBERT, S., “The long road to patient safety: a status report on patient safety systems”, *JAMA* 2005, 2858-2865.

HIDDINGA, A., “Verloskunde in Nederland: vroedvrouwen en de thuisbevalling”, in R. VAN DAALEN en M. GIJSWIT-HOFSTRA (eds.), *Gezond en wel. Vrouwen en de zorg voor gezondheid in de twintigste eeuw*, Amsterdam, Amsterdam university press 1998, 305 p.

HINDLEY, C., HINSLIFF, S.W. en THOMSON, A.M., “Pregnant women's views about choice of intrapartum monitoring of the fetal heart rate: a questionnaire survey”, *Int J Nurs Stud* 2008, 224-231.

HINDLEY, C., HINSLIFF, S.W. en THOMSON, A.M., “English midwives' views and experiences of intrapartum fetal heart rate monitoring in women at low obstetric risk: conflicts and compromises”, *J Midwifery Womens Health* 2006, 354-360.

HOLMER, A.J., *Leerboek der verloskunde*, Amsterdam, Van Holkema & Warendorf NV, 1958, 735 p.

HONDIUS, E. “The development of medical liability in the Netherlands”, in E. HONDIUS (ed.) *The development of medical liability*, Cambridge University press, Cambridge, 2010, 132-159.

HOUTZAGER, H.L., *Medicijns, Vroedwijfs en Chirurgijns; schets van de gezondheidszorg in Delft en beschrijving van het Theatrum Anatomicum*, Amsterdam, Rodopi, 1979.

HOUTZAGER, H.L. en LAMMENS, F.B., *Obstetrics and gynaecology in the low countries: a historical perspective*, Zeist, Medical Forum International, 1997, 100 p.

HUBBEN, J. en CHRISTIAANS I., “Geen spectaculaire ontwikkeling van medische schadeclaims in Nederland: 1993/'01 in vergelijking met 1980/'90”, *Ned.TvG* 2004, 1250-1255.

IFFY, L., APUZZIO, J.L. en RAJU, V., “Predisposing Factors for Shoulder Dystocia-Related Birth Injuries: Causation Analysis”, in J.A. O’Leary (ed.) *Shoulder Dystocia and Birth Injury*, New Jersey, Humana press, 2009, 169-177.

JACOBS, B.C.M., *Justitie en politie in 's-Hertogenbosch voor 1629. De bestuursorganisatie van een Brabantse stad*, Maastricht, Van Gorcum, 1986, 298 p.

JACQUEMYN, Y., Foetale bewaking: hoe reproduceerbaar is de interpretatie?, in M. EGGERMONT (ed.), *Verloskunde in beweging II: de do's en de don'ts in het voorkomen van aansprakelijkheid*, Antwerpen, Intersentia, 2014, 109-120.

JACQUEMYN, Y., *Procedureboek verloskunde*, Leuven, Acco, 2012, 325 p.

JACQUEMYN, Y., HANSSENS, M., DEFOORT, P., LAUBACH, M., GYSELAERS, W. en VANSWEEVELT, T., *Cardiotocografie en aanvullende technieken*, Leuven, Acco, 2012, 108 p.

JACQUEMYN, Y., FOULON, W., HANSSENS, M. en TEMMERMAN M., *Handboek verloskunde*, Leuven, Acco, 2011, 354 p.

JAMAR, J. en LUYKX G., *Vroedvrouwenschool. 100 jaar moederschapszorg in Limburg*, Uitgeverij Verloren, Hilversum, 2009, 160 p.

JENNETT, R.J., THARBY, T.J. en. KRAUSS, R.L., “Erb's palsy contrasted with Klumpke's and total palsy: different mechanisms are involved”, *Am J Obstet Gynecol* 2002, 1216-1220.

JETTER, D., *Geschiedenis van de geneeskunde*, Utrecht, Uitgeverij Het Spectrum, 1994, 537 p.

JOURDAIN, P., “Le changement de nature de la responsabilité médicale”, *RTD civ.* 2011, 128-131.

KATEMAN, H. en HERSCHDERFER, K., *Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project. Current Practice in Europe and Australia. A Descriptive Study*, Den Haag, International Confederation of Midwives, 2005, 131 p.

KELDERMAN, C. en BOEYNAEMS, P., *Ampt en de plicht der vroedvrouwen*, Alphen aan den Rijn, Stafleu's, 1981.

KERIAKOS, R., SUGUMAR, S. en HILAL, N., “Instrumental vaginal delivery-back to basics”, *J Obstet Gynaecol* 2013, 781-786.

KLOMP, J., *Wat wilden ze, wat mochten ze en... wat mochten ze niet: de ontwikkeling van de bevoegdheid van vroedvrouwen onder de Wet regelende de uitoefening van de geneeskunst 1865-1993*, Bilthoven, Klomp Cahier, Catharina Schrader Stichting, 1996, 64 p.

KLOOSTERMAN, G.J., *De voortplanting van de mens. Leerboek voor obstetrie en gynaecologie*, Bussum, Uitgeversmaatschappij Centen, 1974, 1094 p.

KLOOSTERMAN, G.J., “Some obstetric comments on vrouw Shrader's notebook and memoirs” in H. Marland (ed.), *Mother and child were saved: The memoirs (1693-1740) of the Frisian Midwife Catharine Schrader*, Amsterdam, Rodopi, 1987, 29-42.

KNIBIEHLER, Y. en FOUQUET, C., *La femme et les médecins: analyse historique*, Parijs, Hachette, 1983, 33 p.

KNIBIEHLER, Y., *Histoire des mères et de la maternité en occident*, Parijs, Presses universitaires de France, 2000, 127 p.

KOCH, B.A., *Medical Liability in Europe: A Comparison of Selected Jurisdictions*, Berlijn, de Gruyter, 2011, 701 p.

KRONICK, R., ARNOLD, S. en BRADY, J., “Improving safety for hospitalized patients. Much progress but many challenges remain”, *JAMA* 2016, 489-490.

KRUTHOF, M., “De leiding van het geschil door de aansprakelijkheidsverzekeraar” in T. VANSWEEVELT en B. WEYTS (eds.) *De aansprakelijkheidsverzekering in ontwikkeling*, Antwerpen, Intersentia, 2016, 1-95.

KWAKMAN, N. J. M., “De causaliteit in het strafrecht: Het vereiste van conditio sine qua non als enige bruikbare criterium”, *Ned. Juristenblad* 2007, 992-999.

LADOS, A.C., *Lessen over de verloskunde gegeven aan de leerling vroedvrouwen en de verloskundige school te Gent*, Gent, H. Hoste boekhandelaar, 1854, 525 p.

LE BOURSIER DU COUDRAY, A.M, *Abrégé de l'art des accouchements: dans lequel on donne les préceptes nécessaires pour le mettre heureusement en pratique : on y a joint plusieurs observations intéressantes sur des cas singuliers*, Châlons-sur-Marne, chez Bouchard, 1773.

LEENEN, H.J.J., *Handboek gezondheidsrecht deel 1*, Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2007, 386 p.

LEGEMAATE, J., *Beroepenwetgeving gezondheidszorg 2010/2011*, Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2010, 535 p.

LEGEMAATE, J., “De strafrechtelijke vervolging van medische zaken”, *Ned.TvG* 2011, afl. 155, 1-4.

LEGEMAATE, J. et al., “Openheid over fouten in de gezondheidszorg”, *Ned.TvG* 2007, afl. 151, 319-322.

LEIGH, B., “What are the lessons of recent obstetric legal cases?”, *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013, 631-640.

LEMMENS, C., “De invulling van het begrip ‘relevant risico’ aan de hand van de frequentie en de ernst van het risico”, noot onder Rb. Hasselt 15 april 2010, *T.Gez.* 2010-11, 156-157.

LEMMENS, C, “Het pleit dan toch niet beslecht. De implicaties van het arrest van het Hof van Cassatie van 25 juni 2015 op de bewijslast van de geïnformeerde toestemming van de patient”, *T.Gez.* 2015-16, 352-367.

LEMAIRE, J.F., “L' irresponsabilité médicale momentanément consacrée”, Communication présentée à la séance du 21 janvier 1984 de la Société Française d'histoire de la médecine, <http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1984x018x001/HSMx1984x018x001x0041.pdf>.

LEOPOLD G., PORTENGEN, J.W. en P. ZWEIFEL, *Leerboek der verloskunde voor leerling-vroedvrouwen en vroedvrouwen*, Amsterdam, Delsman & Nolthenius, 1897, 412 p.

LERIDON, H., *La seconde révolution contraceptive: la régulation des naissances en France de 1950 à 1985. Présentation d'un Cahier de l'INED*, Population 1987, 359-367.

LERNER, H., “Three Typical Claims in Shoulder Dystocia Lawsuits”, *CRICO* 2007, 15-17.

LEROY, F., *Histoire de naître, De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé*, Brussel, De Boeck Université, 2002, 456 p.

LESTHAEGHE, R.J, *The decline of Belgian fertility, 1800-1970*, Princeton, Princeton University Press, 1977, 259 p.

LE TOURNEAU, P., “Responsabilité (en général)”, *Répertoire de droit civil* 2009 (actualisation 2016), 1-269.

LIERMAN, S., “Het pleit beslecht: de patiënt draagt de bewijslast van de informatiemiskening door de arts”, *T.Gez.* 2004-05, 302-308.

LIM, L., KWON, J.Y., SONG, J., CHOI, H., SHIN, J.C. en PARK, I.Y., “Quantitative comparison of entropy analysis of fetal heart rate variability related to the different stages of labor”, *Early Hum Dev* 2014, 81-85.

LONDERS, G., “Algemene inleiding – De deontologie van de magistraat. Een inleiding tot de discussie” in *Naar een positieve deontologie*, Brussel, Bruylant, 2009, 252 p.

LURIE, S., GLEZERMAN, M., BAIDER, C. en SADAN, O., “Decision-to-delivery interval for instrumental vaginal deliveries: vacuum extraction versus forceps”, *Arch Gynecol Obstet* 2006, 34-36.

LUST, A. en VANSWEEVELT, T., “Klachtrecht en ombudsfunctie” in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek gezondheidsrecht*, Volume II, Antwerpen, Intersentia, 2014, 703-733.

MACORS, F., *L'hospice de la maternité, l'école provincial des sages-femmes et la Clinique universitaire des accouchements*, Luik, L. De Thier en F. Lovinfosse, 1860, 100 p.

MANAI, D., BURTON-JEANGROS, C. en ELGER, B. X., *Risques et informations dans le suivi de la grossesse: droit, éthique et pratiques sociales*, Brussel, Bruylant, 2010, 332 p.

MANOCCHIO, R., “Tending communities, crossing cultures: midwives in 19th century California”, *Journal of midwifery & women's health*, 2008, afl. 53, 75-81.

MARÉCHAL, G., “De vergeten Gentse parochie: Het Spaanse Kasteel in de 17de eeuw”, *Handelingen der Maatschappij voor Geschiedenis & Oudheidkunde te Gent* 2011, 127-165.

MARLAND, H., *The art of midwifery: early modern midwives in Europe*, Londen, Routhledge, 1993, 234 p.

MARLAND, H., “Question of competence: the midwife debate in the Netherlands in the early twentieth century”, *Medical history* 1995, afl. 39, 317-337.

MARLAND, H. en RAFFERTY, A., *Midwives, society en childbirth: debates and controversies in the modern period*, London, Routledge, 1997, 278 p.

MAYAUD, Y., “Les délits non intentionnels en matière pénale”, *RDSS* 2008, 49-56.

MAYERUS, D. en STAQUET, P., “La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient et son impact sur la relation patient-médecin”, *DCCR* 2002, 3-48.

MCINTOSH, T., “Profession, skill, domestic duty? Midwifery in Sheffield, 1881-1936”, *The society for the social history of medicine*, 1998, afl. 11, 403-420.

MCCOMB, S. en SIMPSON, V., “The concept of shared mental models in healthcare collaboration”, *J. Adv.Nurs.* 2014, 1479-1488.

MEULEMAN, B., *Methoden en technieken van het sociaal-wetenschappelijk onderzoek*, Samenvatting cursus KUL, 2015, 30 p.

MEMETEAU, G., *Cours de droit médical*, Les Etudes Hopsitalières, Parijs, 2000, 262.

MENJOU, M., MOTTRAM, J., PETTS, C. en STONER, R., “Common intrapartum denominators of obstetric brachial plexus injury (OBPI)”, *NHSLA J* 2003, 2-22.

MEURER, D., “Onder welke voorwaarden oefent de vroedvrouw haar praktijk uit, hoe is het nu, hoe het zou moeten zijn”, *VGT* 1932, afl. 5, 107-114.

MEURER, R. TH., “De positie van de vroedvrouw”, *Ned.TvG* 1940, afl. 4, 25.

MEYST-MICHELS, J., “Kroniek medische aansprakelijkheid”, *AV&S* 2011, 29.

MOKDAD, A., MARKS. J., STROUP, D. en GERBERDING, J., “Actual Causes of Death in the United States”, *JAMA* 2000, afl. 291, 1238-1245.

MONTAZEAU, O. en BETHUYS, J., *Histoire de la formation des sages-femmes en France*, Université Médicale Virtuelle Francophone, 2011-2012, 27 p.

MONBALLYU, J., *Van hekserij beschuldigd. Heksenprocessen in Vlaanderen tijdens de 16^{de} en 17^{de} eeuw*, Heule, UGA, 1996, 128 p.

MÜLLER-JAHNCKE, W.D., “L'influence de la législation française sur le droit pharmaceutique allemand au début du XIXe siècle”, *Revue d'histoire de la pharmacie* 2006, afl. 349, 29-36.

MUYS, L., *Vroedvrouwen in beweging: een historische analyse van de totstandkoming en ontwikkeling van de 'ecole royale et superieure d'accouchements' te Gent (tweede helft 18e eeuw)*, onuitg. licentiescriptie Letteren en Wijsbegeerte Universiteit Gent, 1989, 151 p.

NIEMEIJER, M., “Een voor de samenleving nuttig drietal (huisarts, vroedvrouw, verpleegkundige)”, *VGT* 1931, afl. 9, 980-988.

NGUYEN-XUAN, H. T., LOUSQUY, R en BARRANGER, E., “Diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy”, *Gynecol Obstet Fertil* 2014, 483-499.

NYS, H., *Geneeskunde. Recht en medisch handelen*, Mechelen, Kluwer, 2004, 718 p.

NYS, H., *Geneeskunde. Recht en medisch handelen*, Brussel, Story, 2005, 714 p.

NYS, H., “Overzicht van rechtspraak medisch recht 2005-10”, *TPR* 2011, 851-920.

OAKLEY, A., “Wise woman and medicine man: changes in the management of childbirth” in J. MITCHELL en A. OAKLEY (eds.), *The rights and wrongs of women*, Londen, Penguin, 1979, 17-59.

OAKLEY, A., *The captured womb: a history of the medical care of pregnant women*, Blackwell, Oxford, 1984, 352 p.

O'MAHONY, F., HOFMEYER, G.J. en MENON, V., “Choice of instruments for assisted vaginal delivery”, *CDSR* 2010, CD005455.

ØVERLAND, E.A., VATTEN, L.J. en ESKILD, A., “Pregnancy week at delivery and the risk of shoulder dystocia: a population study of 2,014,956 deliveries”, *BJOG* 2014, 34-41.

PAUWELS, C., “Contractuele aansprakelijkheid voor hulppersonen of uitvoeringsagenten”, *Jura Falconis* 1995-1996, 107-122.

PENNEAU, J., *La responsabilité du médecin*, Parijs, Dalloz, 2004, 150 p.

PIERRE, J., “La longue histoire de l'ergot de seigle: Henri Stofft, Dame Dupille, sage-femme à Chaumont-en-vexin en 1774. De l'ergot de seigle au Méthergin”, *Revue d'histoire de la pharmacie* 1997, 339-340.

PEL, J.Z.S., *Chirurgijns, doctoren, heelmeeesters en artsen op het eiland Walcheren 1700-2000*, Middelburg, Koninklijk Zeeuwsch Genootschap der Wetenschappen, 2006, 571 p.

PLUVINAGE, G., “La profession de sage-femme en Belgique au XIXe siècle: de l'accoucheuse traditionnelle à l'auxiliaire médicale”, *Sextant* 2008, 23-24.

PITCHO, B., “Wrongful Birth and Wrongful Life regarding French Law” in S.C.J.J. KORTMAN en B.C.J. HAMEL (eds.), *Wrongful birth and wrongful life*, Deventer, Kluwer, 2004, 93-110.

QUINTELIER, B., *Een (rechts)geschiedenis van de Belgische advocatuur (1795-2006), met nadruk op het tuchtrecht, toegelicht aan de hand van de Antwerpse casus*, onuitg. doctoraat Rechten Universiteit Gent, 2013, 482 p.

RAULIN, J., *Kort-bondig onderwijs aengaende de vroed-kunde, ten voordeele van de vroed-vrouwen ten platten lande ...*, (uit het Frans vertaald), Gent, Judocus Begyn, 1771.

REASON, J., “Human error: models and management”, *British Medical Journal* 2000, 768-770.

REINHARD, J., HAYES-GILL, B.R., SCHIERMEIER, S., HATZMANN, W., HERRMANN, E., HEINRICH, T.M. en LOUWEN, F., “Intrapartum signal quality with external fetal heart rate monitoring: a two way trial of external fetal heart rate monitoring: a two way trial of external Doppler CTG ultrasound and the abdominal fetal electrocardiogram”, *Arch of Gynecol Obstet* 2012, 1103-1107.

RENAER, M., “Het nieuw koninklijk besluit betreffende de uitoefening van het beroep van vroedvrouw”, *Vl. T. Gez.* 1991, 83-90.

RENFREW, M.J., MCFADDEN, A., BASTOS, M.H, CAMPBELL, J., CHANNON, A.A., CHEUNG, N.F, AUDEBERT DELAGE SILVA, D.R., DOWNE, S., KENNEDY, H.P., MALATA, A., MCCORMICK, F., WICK, L. en DECLERCQ, E., “Midwifery and quality care: findings from a new evidence informed framework for maternal and newborn care”, *The Lancet* 2014, afl. 9948, 1129–1145.

REUSENS, E., *Een profiel van Oost-Vlaamse vroedvrouwen. Levensloop van 31 vroedvrouwen uit Oost-Vlaanderen*, onuitg. licentiaatscriptie Letteren en Wijsbegeerte Universiteit Gent, 2008, 206 p.

REVICKY, V., MUKHOPADHYAY, S., MORRIS E.P. en NIETO, J.J., “Can we predict shoulder dystocia?”, *Arch Gynecol Obstet* 2012, 291-295.

ROES, L., DE SCHEPPER, S., TIMMERMANS, O., MONSIEURS, K., VAN BOGAERT, P. en FRANCK, E., “Naar een veiligere patiëntenzorg: niet-technische vaardigheden van zorgverleners: literatuuroverzicht”, *TvG* 2016, 423-437.

RONEL, D., WIZNITZER, A., SERGIENKO, R., ZLOTNIK, A. en SHEINER, E., “Trends, risk factors and pregnancy uitkomst in women with uterine rupture”, *Arch Gynecol Obstet* 2012, 317-321.

ROMBACH, A., “De aangifte der geboorte door den geneesheer”, *Ned.TvG* 1910, 1545-1552.

ROMBAUT, A., “Het toedienen van geneesmiddelen door de vroedvrouw en andere problemen”, *TVVSG* 1926, 16-18.

ROOS, A., “Een ‘swaarwigtigh ampt’? Vroedvrouwen en vroedmeesters in Leiden in de 18^{de} eeuw”, in Dirk van Eck-stichting (ed.), *Jaarboek der sociale en economische geschiedenis van Leiden en omstreken*, Leiden, Dirk van Eck-stichting, 1990, 17-48.

ROOSE, H. en MEULEMAN, B., *Methodologie van de sociale wetenschappen: een inleiding*, Gent, Academia Press, 2014, 392 p

RYCKMANS, X., ZWIK, J. en DE LAET, M., *Les droits et les obligations des medecins. Ainsi que des dentistes, accoucheuses et infirmières*, Brussel, Larcier, 1971, 687 p.

RYCKMANS, R. en MEERT-VAN DE PUT, R., *Les droits et les obligations des medecins. Ainsi que des dentistes, accoucheuses et infirmières*, Brussel, Larcier, 1971, volume I en volume II, 487 p. en 487 p.

SABIANI, L., LE DÛ, R., LOUNDOU, A., D'ERCOLE, C., BRETELLE, F.,BOUBLI, L. en CARCOPINO, X., “Intra- and interobserver agreement among obstetric experts in court regarding the review of abnormal fetal heart rate tracings and obstetrical management”, *Am J Obstet Gynecol.* 2015, afl. 213, 856.e1-8.

SAGE PRANCHÈRE, N., “Bébés sans diplôme. Les matrones, le droit et les légitimités locales en France (1780–1900)”, in C. BĂRBULESCU en A. CIUPALĂMEDICINE (eds.), *Hygiene and Society from the Eighteenth to the Twentieth Centuries*, Edutura Mega, Cluj-Napoca, 2011, 25-54.

SAMYN, B., *Privaatrechtelijk bewijs: een diepgaand en praktisch overzicht*, Gent, Story Publishers, 2012, 576 p.

SARGOS, P., “Confirmation et approfondissement du nouveau fondement de la responsabilité civile médicale et de la problématique et méthodologie de la perte de chance, *D.* 2010, 2682-2685.

SCHEEPERS, R., *De opkomst van het Medisch beroep in België: de evolutie van de wetgeving en de beroepsorganisatie in de 19de eeuw*, Amsterdam, Rodopi, 1989, 267 p.

SCHEEPERS, R., “Het Medische beroep in België en Nederland in de 19de eeuw: een vergelijking” in J. BRUGGEMAN (ed.) *Lex Medicorum: van eenheid naar verscheidenheid in de medische beroepsuitoefening*, Deventer, Kluwer, 1991, 38-51.

SCHOLTE, E., AALBERSBERG, R.O. en VAN LIEBURG, M. J., *Rijkskweekschool voor vroedvrouwen te Rotterdam 1882-1982*, Leidschendam, Ministerie van volksgezondheid en milieuhygiëne, 1982, 224 p.

SEGUIN, C., “Partage des responsabilités entre obstétricien et sage-femme, *La Revue Sage-femme* 2008, 268-271.

SELLESLAGH, P., “Openheid na medische fout vermindert rechtszaken”, *Artsenkrant* 15 oktober 2010, nr. 2111.

SELLESLAGH, P., “Cassatie: arts moet bewijzen dat hij patiënt informeerde”, *De Specialist* 3 december 2015.

SHAMIAN, J., “Interprofessional collaboration, the only way to save every woman and every child”, *The Lancet* 2014, afl. 9948, e41-e42.

SHEKHAR, S., RANA, N. en JASWAL, R.S, “A prospective randomized study comparing maternal and fetal effects of forceps delivery and vacuum extraction”, *J Obstet Gynaecol India* 2013, 116-119.

SLABBERS, S., “Jurisprudentie: wrongful birth en wrongful life”, *Vrb* 2000, 61-65.

SLUYTERS, B., *Medische aansprakelijkheid in Amerika en Nederland en de relatie ziekenfonds-arts-patiënt*, Deventer, Kluwer, 1974, 130 p.

SONCINI, E., PAGANELLI, S., VEZZANI, C., GARGANO, G. en BATTISTA, L.S.G., “Intrapartum fetal heart rate monitoring: evaluation of a standardized system of interpretation for prediction of metabolic acidosis at delivery and neonatal neurological morbidity”, *J Matern Fetal Neonatal Med* 2013, 1465-1469.

SONDERVORST, F.-A., *Geschiedenis van de geneeskunde in België*, Brussel, Elsevier, 1981, 316 p.

SOUTOUL, J. H., GIBAUT, C. en SEGUIN, C., *La sage-femme face aux juges*, Parijs, Ellipses, 1998, 190 p.

SOUTOUL, J.H., BARDIN-BEDU, C., PIERRE, F. et al., *La responsabilité médicale et les problèmes médico-légaux de la sage-femme*, Parijs, Maloine, 1993, 349 p.

STONES, W. en ARULKUMARAN, S., “Health-care professionals in midwifery care”, *The Lancet* 2014, afl. 9949, 1169-1170.

STORME, M.E., “Juridisering van sociale verhoudingen van de negentiende eeuw tot vandaag”, in: D. HEIRBAUT, G. MARTYN en R. OPSOMMER (eds.), *De geschiedenis van het recht in de twintigste eeuw*, Brussel, Koninklijke Academie voor Wetenschappen, Letteren en Schone Kunsten, 2005, 60-68.

STROINK, J.A., en BAESJOU J.F.J., *Leerboek voor de kraamzorg*, Utrecht-Antwerpen, Het Spectrum, 1963, 541 p.

TACK, S., “De zwangere vrouw en haar recht op informatie”, in M. EGGERMONT (ed.), *Verloskunde in beweging II: de do's en don'ts in het voorkomen van aansprakelijkheid*, Antwerpen, Intersentia, 2014, 121-164.

TACK, S. en BALTHAZAR, T., *Patiëntenrechten: informed consent in de zorgsector: recente evoluties*, Gent, Larcier, 2007, 106 p.

TAYLOR, S., “The development of medical liability and accident compensation in France”, in E. HONDIUS (ed.) *The development of medical liability*, Cambridge, Cambridge University press, 70-107.

THIERY, M. en DEFOORT, P., “De verloskunde” in J. DE MAEYER (ed.), *Er is leven voor de dood: tweehonderd jaar gezondheidszorg in Vlaanderen*, Kapellen, Pelckmans, 1998, 186-196.

THOMSON, R., LEWALLE, P., SHERMAN, H., *et al.*, “Towards an International Classification for Patient Safety: a Delphi survey”, *Int J Qual Health Care* 2009, 9-17.

TREFFERS, P.E., “Klachten en claims over verloskundige zorg; expertiserapporten door een deskundige uitgebracht in 10 jaar (1985-1995)”, *Ned.TvG* 1996, 209-213.

TROUSSE, P.E., “Thérapeutique médicale et responsabilité pénale”, *Rev. dr. pén.* 1963-64, 593-594.

UGWUMADU, A., “Understanding cardiotocographic patterns associated with intrapartum fetal hypoxia and neurologic injury”, *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013, 509-536.

UNIVERSITE DES FEMMES, “Sage-femme: un métier pour la vie”, *Chronique Féministe*, 2008, 1-82.

VALLAR, C. en ZEPI, S., “Responsabilité médicale et primauté de la faute de service”, *RDSS* 2004, 905-913.

VAN, A.J. en WIJNE, R.P., “Lies, damned lies, and statistics. De berekening van het verlies van een kans bij medische aansprakelijkheid”, *TVP* 2012, 16-24.

VAN BORTEL, T., “Climbing up the medical ladder: the surgeon-obstetrician Jan Bernard Jacobs”, *Acta Chir. Belg.* 2007, afl. 107, 228-236.

VAN CAUWENBERGHE, C., *Handboek der verloskunde voor vroedvrouwen bewerkt*, Gent, Hoste, 1905, 555 p.

VANDENBERGHE, H., “Recente ontwikkelingen bij de foutaansprakelijkheid”, *Themis* 2007-08, afl. 48, 45-85.

VANDENBERGHE, H., “Aansprakelijkheid van de aansteller”, *TPR* 2011, afl. 2, 575-612.

VANDENBERGHE, H., “Medische aansprakelijkheid”, in H. VANDENBERGHE (ed.), *De professionele aansprakelijkheid*, Brugge, die Keure, 2004, 286 p.

VANDENBERGHE, H., “Overzicht van rechtspraak 2000-2008. Aansprakelijkheid uit onrechtmatige daad”, *TPR* 2010, deel 2, 1749-2145.

VANDENBERGHE, G., DE BLAERE, M., VAN LEEUW, V. et al., “Nationwide population-based cohort study of uterine rupture in Belgium: results from the Belgian Obstetric Surveillance System”, *BMJ Open* 2016, 6.

VAN DEN BRINK, J.A., *Welk aandeel behoort de vroedvrouw te hebben in de strijd tegen de zuigelingensterfte ten platte landen?*, Purmerend, 1916, s.n.

VANDENBROEKE, C., *Zuigelingensterfte, bevallingsstoornissen en kraambedsterfte (17de – 19de eeuw)*, Gent, Universiteit Gent, 1978, 133-163.

VAN DEN BULCKE, B., *Kwaliteit van interprofessioneel teamwerk in een acute ziekenhuissetting: een interventiestudie op een intensieve zorgafdeling*, onuitg. masterproef Geneeskunde Universiteit Gent, 2011-12, 108 p.

VAN DEN HEEDE, K., SERMEUS, W., DIYA, L., LESAFFRE, E. en VLEUGELS A., “Adverse outcomes in Belgian acute hospitals: retrospective analysis of the national hospital discharge dataset”, *Int J Qual Health Care* 2006, 211-219.

VAN DEN WYNGAERT, C., *Strafrecht en strafprocesrecht in hoofdlijnen*, Antwerpen-Apeldoorn, Maklu, 2011, 1277 p.

VAN DEN WYNGAERT, C., *Strafrecht, strafprocesrecht & internationaal strafrecht in hoofdlijnen*, Antwerpen-Apeldoorn, Maklu, 2006, 1314 p.

VAN DER BURGT, S., *Proportionele aansprakelijkheid en het verlies van een kans*, onuitg. masterproef Rechten Universiteit Amsterdam, Amsterdam, 2014, 70 p.

VAN DIJCK, P., “De mededinging van dokters en bakers”, *Vroedvrouwentijdschrift*, 1913, VII.

VAN DER BORG, H.A., *Vroedvrouwen: beeld en beroep. Ontwikkelingen in het vroedvrouwschap in Leiden, Arnhem, 's Hertogenbosch en Leeuwarden, 1650-1865*, Wageningen, Wageningen Academic Press, 1992.

VAN DER HEIJDEN, G.W.P., “Zij is mij een voortdurende ergernis. Het belangenconflict tussen vroedvrouw J.H. Ledel en de Tilburgse artsen (1905-1906)”, *Tijdschrift voor geschiedenis, monumenten en cultuur*, 1993, afl. 1, 14-21.

VAN DER POEL, R. en SCHEENJES, D., *Causaliteit: top-down en bottom-up in Nederlands en transnationaal perspectief*, Apeldoorn, Maklu, 2010, 183 p.

VAN DE SYPE, P., “Over het leiden en lijden van de verzekeraar” in VLAAMS PLEITGENOOTSCHAP BIJ DE BALIE TE BRUSSEL (ed.), *Verzekeringen en gerechtelijke procedures*, Kalmthout, Biblo, 1996, 182 p.

VAN EECKHOUTTE, W., *Sociaal Zekerheidsrecht*, Mechelen, Kluwer, 2004, 406 p.

VAN GELDER, N., “De invloed van de keuze voor een minder veilige methode door de benadeelde op de aansprakelijkheid van de vroedvrouw”, *T.Gez.* 2010-11, afl. 2, 149-153.

VAN GOETHEM, R., “De Orde van geneesheren” in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek voor Gezondheidsrecht Volume I*, Antwerpen, Intersentia, 2014, 535-597.

VAN GOETHEM, R., “Over geschrapte artsen die de geneeskunde uitoefenen ... De ineffectiviteit van het tuchtrecht bij gevaarlijk gedrag ten aanzien van patiënten”, *T.Gez.* 2013-14, afl. 5, 320-322.

VANHAECKE, L., *De medische revolutie*, Brugge, Kredietbank, 1982, 46 p.

VAN HEDDEGHEM, A., *De oude bijlokematerniteit 1828-1978: anderhalve eeuw patiënten, vroedvrouwen, dokters*, Gent, Verbeke, 1983, 228 p.

VANHEMELRYCK, F., *Het gevecht met de duivel. Heksen in Vlaanderen*, Leuven, Davidsfonds, 1999, 338 p.

VAN KELST, L., SPITZ, B., SERMEUS, W. en THOMSON, A.M, “A hermeneutic phenomenological study of Belgian midwives' views on ideal and actual maternity care”, *Midwifery* 2013, 9-17.

VAN LIEBURG, M. en MARLAND, H., “Midwife regulation, education and practice in the Netherlands during the nineteenth century”, *Medical history*, 1989, afl. 33, 296-317.

VAN REEUWIJK, A.J., *Vroedkunde en vroedvrouwen in de Nederlanden in de 17de en 18de eeuw*, Druk Amaco, Amsterdam, 1941, 77 p.

VAN SCHOUBROECK, C., MEURS, T., AMANKWAH, J., GLIBERT en N., “Aansprakelijkheidsverzekeringen”, *TPR* 2016, afl. 2-3, 992-1053.

VANSWEEVELT, T., “Het belang van de patiënt als doorslaggevend criterium om zich als arts te kunnen beroepen op het zwijgrecht bij het gerechtelijk verzoek tot overlegging van stukken”, *T.Gez.* 2014-15, 291-296.

VANSWEEVELT, T. “Behandelingsovereenkomst tussen gynaecoloog en patiënt - Verbintenis ziekenhuis om voldoende en bekwaam personeel ter beschikking te stellen”, *T.Gez.* 2009-10, 150-151.

VANSWEEVELT, T., “La responsabilité des professionnels de la santé. La responsabilité de certains professionnels de la santé: le dentiste, le pharmacien, le kinésithérapeute, l'accoucheuse et l'infirmier” in X., *Responsabilités. Traité théorique et pratique*, Waterloo, Kluwer, losbl.

VANSWEEVELT, T., “De aansprakelijkheid van de arts en het ziekenhuis voor eigen gedrag” in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek Gezondheidsrecht*, Volume I, Antwerpen, Intersentia, 2014, 1273-1416.

VANSWEEVELT, T., “De aansprakelijkheid van de vroedvrouw” in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek Gezondheidsrecht*, Volume I, Antwerpen, Intersentia, 2014, 1533-1540.

VANSWEEVELT, T., “De aansprakelijkheid van de arts en het ziekenhuis voor andermans daden” in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek Gezondheidsrecht*, Volume I, Antwerpen, Intersentia, 2014, 1417-1484.

VANSWEEVELT, T., “De Wet Medische Ongevallen”, in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek gezondheidsrecht*, Volume I, Antwerpen, Intersentia, 2014, 1579-1666.

VANSWEEVELT, T., “De Wet Medische Ongevallen: de krachtlijnen, de filosofie en het toepassingsgebied”, in I. BOONE en S. LIERMAN (eds.), *Vergoeding van slachtoffers van*

medische ongevallen. Praktijkgerichte analyse van de wet van 31 maart 2010, Antwerpen, Intersentia, 2011, 1-38.

VANSWEEVELT, T., “Risk management: the importance of (better) communication between physician and patient before and after the operation”, *Books of proceedings 13th World Congress on Medical Law*, Volume II, Helsinki, 2000, 1195-1199.

VANSWEEVELT, T., *Rechtspraak- en Wetgevingsbundel Gezondheidsrecht in Recht en Gezondheidszorg*, Mechelen, Kluwer, 2009, 937 p.

VANSWEEVELT, T., *De civielrechtelijke aansprakelijkheid van de geneesheer en het ziekenhuis*, Brussel, Maklu, 1997, 960 p.

VANSWEEVELT, T. en PETITAT, V., “De erkenning van feiten en van fouten door een arts-verzekerde na een schadegeval: when sorry seems to be the hardest word?”, *T.Gez.* 2002-03, 306-321.

VANSWEEVELT, T. en PETITAT, V., “De erkenning van feiten en van aansprakelijkheid door de verzekerde in het raam van een aansprakelijkheidsverzekering”, *RW* 2002-03, 1481-1492.

VANSWEEVELT, T. en TACK, S., “Het recht op gezondheidstoestandinformatie en geïnformeerde toestemming” in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek Gezondheidsrecht*, Volume II, Antwerpen, Intersentia, 2014, 331-428.

VANSWEEVELT, T. en WEYTS, B., *Actuele ontwikkelingen in het aansprakelijkheidsrecht en verzekeringsrecht*, Antwerpen, Intersentia, 2015, 296 p.

VANSWEEVELT, T. en WEYTS, B., *Handboek verzekeringsrecht*, Antwerpen, Intersentia, 2016, 1152 p.

VANTHIENEN, A., “Vroedvrouwen, het oudste beroep ter wereld?”, *Rosa-Factsheet Geschiedenis* 2006, afl. 1, 1-10.

VAN TEIJLINGEN, E., “A critical analysis of the medical model as used in the study of pregnancy” and childbirth, *Sociological Research Online* 2005, <http://www.socresonline.org.uk/10/2/teijlingen.html>.

VAN TEIJLINGEN, E.R., LOWIS, G.W., MCCAFFERY, P. en PORTER, M., *Midwifery and the medicalization of childbirth: comparative perspectives*, New York, Nova Science Publishers, 2004, 550 p.

- VAN VELTHOVEN, B.C.J. “Schadekansen bij medische fouten”, *T.Gez.* 2011, 18-37.
- VANYSACKER, D., *Hekserij in Brugge, De magische leefwereld van een stadsbevolking, 16de-17de eeuw*, Brugge, Genootschap voor Geschiedenis, 1988, 204 p.
- VELLE, K., “De vroedvrouwen in de 19de eeuw. Een beroep in de verdrukking?”, *Oostvlaamse zanten*, 1990, afl. 2, 75-93.
- VELLE, K., “Geneeskunde en de R.K. katholieke kerk (1830-1940): een moeilijke verhouding”, *Trajecta* 1995, afl. 4, 1-21.
- VELLE, K., “Medicalisering in België in historisch perspectief: een inleiding”, *Revue belge de philologie et d’histoire* 1986, 256-285.
- VELLE, K., *Er is leven voor de dood. 200 jaar volksgezondheid in Vlaanderen*, Kapellen, Pelckmans, 1998, 398 p.
- VELLE, K., *De nieuwe biechtvaders: de sociale geschiedenis van de arts in België*, Leuven, Kritak, 1991, 352 p.
- VELLE, K., *Arts, geneeskunde en samenleving. Medicalisering in België in de 19^{de} en 20^{ste} eeuw*, onuitg. doctoraat Letteren en Wijsbegeerte Universiteit Gent, 1988, 300 p.
- VELLE, K., “Kerk, geneeskunde en gezondheidszorg in de 19de en het begin van de 20ste eeuw” in J. DEPUYDT et al. (ed.) *Het verbond der Verzorgingsinstellingen 1938-1988. Vijftig jaar ten dienste van de Caritas-verzorgingsinstellingen*, KADOC, Leuven-Brussel, 1988, 35-59.
- VELLE, K., “Pour une histoire sociale et culturelle de la médecine”, *Sartoniana* 1998, 163.
- VERDONK, A., “De verlossing ten huize en in de kliniek”, *VGT*, 1935, afl. 16, 809-811.
- VEREECKE, K., *Nog geen baas in eigen buik: de bestraffing van abortus voor de legalisering ervan*, onuitg. masterproef Rechten Universiteit Gent, 2013, 116 p.
- VERMANDERE, K., *Ontstaan en groei van NVKVV, 1919-1969*, Brussel, Nationaal Verbond der Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen, 1987, 321 p.
- VERMEIREN, R., “Een overzicht van de contractuele en extra-contractuele burgerlijke aansprakelijkheid bij gynaecologisch handelen”, *T.Gez.* 2008-09, afl. 2, 135-136.
- VERNY, E., “La responsabilité pénale au sein de l’équipe médicale”, *RDSS* 2008, 57-64.

VIALLET, G., “Des sages-femmes en France et de la nécessité d'ouvrir une école d'accouchement dans chaque département”, *Journal de la société de statistique de Paris*, 1866, afl. 7, 96-100 .

VILLERS, S., *L'avortement et la justice, une répression illusoire?: Discours normatifs et pratiques judiciaires en Belgique (1918-1940)*, Presses univ. de Louvain, 2009, 268 p.

VRANKEN , J.B.M., “Wrongful life in Frankrijk: drie recente uitspraken”, *WPNR* 2001, nr. 6465, 753.

WITKOWSKI, G. J., *Les accouchements à la Cour* , Parijs, Steinheil, 1890, 417 p.

YOUNG, B.C. en ECKER, J.L., “Fetal Macrosomia and Shoulder Dystocia in Women with Gestational Diabetes: Risks Amenable to Treatment?”, *Current Diabetes Reports* 2013, 12-18.

ZWART, J.J., RICHTERS, J.M., ORY, F. et al., “Uterine rupture in The Netherlands: a nationwide population-based cohort study”, *BJOG* 2009, afl. 116, 1069-1078.

3.2. Rapporten en andere

BLONDEL, B. en KERMARREC, M., Enquête nationale périnatale 2010. Premiers résultats de l'Enquête périnatale nationale 2010, 79-80, mei 2011, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf

Cour des comptes, *Sécurité sociale 2011, Le rôle des sages-femmes dans le système de soins*, 2011, 173-198, <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000546/0000.pdf>.

DE BRUIJNE, M.C., ZEGERS, M., HOONHOUT, L.H.F., en WAGNER C., *Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen. Dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004*, Amsterdam en Utrecht, EMGO Instituut en NIVEL, 2007, 125 p.

DEVLIEGER, R., MARTENS, E., MARTENS, G., VAN MOL, C. en CAMMU, H., *Perinatale Activiteiten in Vlaanderen 2015*, SPE, Brussel, 2016, 56 p.

FRVV/2017/ADVIES-2, *Advies van de Federale Raad voor de Vroedvrouwen m.b.t. het uitvoeren van gynaecologische en obstetrische echografieën*, maart 2017.

FRVV/2016/ADVIES-1, *Het beroeps- en competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw* (bijlage bij het Advies van de FRVV met betrekking tot de hervorming van de Wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen), maart 2016.

FRVV/215/ADVIES-04, *Het beroeps- en competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw*, mei 2015.

FRVV/2012/ADVIES-2, *Advies van de Federale Raad voor de Vroedvrouwen m.b.t. het uitvoeren van echografische onderzoeken*, september 2012.

FRVR/2010/ADVIES-5, *De bijzondere kwalificatieregels en –criteria die de vroedvrouw toelaten de kennis en beheersing van de bekkenbodem uit te voeren: de basisopleiding*, mei 2010.

FRVR/2008/ADVIES-1, *De bijzondere kwalificatiemodaliteiten en –criteria, waaraan houders van de beroepstitel van vroedvrouw moeten voldoen om functionele, en geen morfologische echografieën uit te voeren. De lijst met motieven en situaties waarin de houder van de beroepstitel van vroedvrouw een echografie kan uitvoeren*, januari 2008.

FOD Volksgezondheid, *Handleiding voor het gebruik van de taxonomie in de Belgische ziekenhuizen*, 2010, 64 p.

Geneeskundige hoofdinspectie van de volksgezondheid, “Bevoegdheidsuitbreiding voor de verloskundige”, *Ned.TvG* 1979, afl. 37, 1618-1620.

GYSELAERS, W., JONCKHEER, P., AHMADZAI, N., ANSARI, M., CARVILLE, S. et al., *Welke onderzoeken zijn aanbevolen bij een zwangerschap?*, Brussel, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), 2015, KCE Reports 248As. D/2015/10.273/55.

Institute of Medicine, *To Err is Human: Building a Safer Health System*, Washington DC, National Academy Press, 2000.

International Confederation of Midwives, *Triennial report 2011-2014*, Den Haag, 2014.

KNOV, *Handreiking Klachtenregeling voor de verloskundige praktijk*, Utrecht, 2008, 56 p.

KNOV, *KNOV Meldcode, Kindermishandeling en Huiselijk Geweld, Stappenplan voor verloskundigen*, 2013, 32 p.

KUL Centrum voor ziekenhuis-en verplegingswetenschap, departement maatschappelijke gezondheidszorg en eerstelijnszorg, i.s.m. GZA, Jessa ziekenhuis, OPZC Redem en ICURO/Zorgnet Vlaanderen, *Richtlijn respectvol omgaan met ernstige klinische incidenten*, Leuven, 2013, 21 p.

Letselschade Raad, *Gedragcode Openheid Medische Incidenten: betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA)*, Den Haag 2012, 36 p.

Nationale Raad van de Orde der geneesheren, *Nota Symposium Aansprakelijkheid en medische ongevallen. Fault, no fault, or...?* (14 juni 2000), *TNR* 2000, afl. 89, 17.

Stichting Perinatale registratie Nederland, *Perinatale Registratie Nederland. Grote lijnen. 1999-2012*, Utrecht, Roelofs, 2013, 88 p.

Onderwijsvisitatie Verpleegkunde, “Een aanvullende beoordeling van de kwaliteit van de professionele bacheloropleiding Verpleegkunde aan de Vlaamse hogescholen”, 28 april 2015, <http://www.vluhr.be/media/docs/Visitatierapporten/Verpleegkunde%20-%20aanvullende%20beoordeling%20DEF.pdf>.

Onderwijsvisitatie Vroedkunde, “Een aanvullende beoordeling van de kwaliteit van de professionele bacheloropleiding Vroedkunde van de Artesis Plantijn Hogeschool, de Karel de Grote-Hogeschool, PXL Hogeschool, Thomas More Kempen, UC Leuven (voorheen Katholieke Hogeschool Leuven) en UC Limburg (voorheen Katholieke Hogeschool Limburg), 6 februari 2015, <http://www.vluhr.be/media/docs/Visitatierapporten/Vroedkunde%20-%20aanvullende%20beoordeling%20pc%202.pdf>.

VBOV, *Goede praktijkvoering voor de postnatale zorg. Aanbevelingen voor vroedvrouwen*, maart 2016, 101 p.

Vlaams Patiëntenplatform, *Nationale richtlijnen voor open communicatie na een medisch incident*, persbericht 8 september 2015, <http://vlaamspatiëntenplatform.be/blogs/persbericht-vpp-open-communicatie-na-medisch-incident>.

World Health Organisation, Rapport WHO/RHR/15.02, *WHO Statement on Caesarean Section Rates*, april 2015.

World Health Organisation, *World Alliance for Patient Safety. Forward programme 2005*, 2004, 27 p.

World Health Organisation, *World Alliance for Patient Safety. The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety*, 2009, 154 p.

ZEITLIN, J., MOHANGOO, A. en DELNORD, M., *European perinatal health report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*, Euro Peristat, online 27 mei 2013, 80.

Lijst met afkortingen

AAFP	American Academy of Family Physicians
ACOG	American Congress of Obstetricians and Gynecologists
AIAS	Association Interprofessionnelle des Acteurs du Soin et du Social
ANSFL	Association Nationale des Sages-femmes Libérales
APHP	Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
BCT	Bureau Central de Tarification
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
CCI	Commission de Conciliation et d'Indemnisation
CDU	Commission Des Usagers
CMV-infectie	cytomegalievirusinfectie
CMT	College van Medisch Toezicht
CME	Commission Médicale d'Établissement
CNAMed	Commission Nationale des Accidents Médicaux
CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
CRM	clinical risk management
CRU	Commission des Relations avec les Usagers et de la qualité
CTG	Cardiotocografie
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics
FRVV	Federale Raad voor de Vroedvrouwen
FMO	Fonds voor de Medische Ongevallen
GBS	Groep B-streptokokken
GIG	Gents Instituut voor Gezondheidsrecht
GOMIV	Gedragscode OMgaan met een Incident binnen de Verloskunde
GOMA	Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid
HELLP	Hemolysis Elevated Liver enzymes and Low Platelets
HPP	haemorrhagia postpartum
ICM	International Confederation of Midwives
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
ISBAR	Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation
IVG	interruption volontaire de grossesse
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
KCE	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst
MIU	Mors in utero, intra-uterine vruchtdood
MOMA	medisch ongeval met aansprakelijkheid van de zorgverlener
MOZA	medisch ongeval zonder aansprakelijkheid
NICU	Neontal Intensive Care Unit

NVKVV	Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
ONIAM	Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des Affections Iatrogènes et des Infections Nosocomiales
ORM	Observatoire des risques médicaux
PPROM	Preterm Premature Rupture of the Outer Membranes
SHAM	Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles
STAN	ST-analyse
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
ROP	retinopathy of prematurity
TOLAC	Trial of labour after caesarean
UPSfB	Union Professionnelle des Sages-femmes Belges
VAS	visueel analoge schaal
VBOV	Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen
VKIG	Vereniging van Klachtenfunctionarissen in Instellingen voor de Gezondheidszorg
VLOV	Vlaamse Organisatie voor Vroedvrouwen
VMS	veiligheidsmanagementsysteem
UVV	Unie voor Vlaamse Vroedvrouwen
VVOG	Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
VvAA	Vereniging van Artsen en Automobilisten
WAO	Wet Arbeidsovereenkomsten
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg